

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

THÈSE

N° 750

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Amadou KONÉ

Né le 25 Août 1926, à Tabou (Côte d'Ivoire)

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 1958

A PROPOS DES KYSTES
DU
MESENTERE DE L'ENFANT

Président : M. FEVRE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : KONÉ

Prénom : AMADOU

Date de soutenance : 30 juin 1958

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

KONÉ (AMADOU) — A propos des kystes du mésentère de l'enfant. — Paris, Imp. R. Foulon, 1958, in-8°, 71 p., 18 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1958, N°).

KONÉ (AMADOU) — A propos des kystes du mésentère de l'enfant. — Paris, Imp. R. Foulon, 1958, in-8°, 71 p., 18 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1958, N°).

KONÉ (AMADOU) — A propos des kystes du mésentère de l'enfant. — Paris, Imp. R. Foulon, 1958, in-8°, 71 p., 18 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1958, N°).

KONÉ (AMADOU) — A propos des kystes du mésentère de l'enfant. — Paris, Imp. R. Foulon, 1958, in-8°, 71 p., 18 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1958, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Amadou KONÉ

Né le 25 Août 1926, à Tabou (Côte d'Ivoire)

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 1958



A PROPOS DES KYSTES

DU

MESENTERE DE L'ENFANT

Président : M. FEVRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1958

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Carnot (P.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevassu (M.), Debré (R.), Delbet (P.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié (Ch.), Sézary (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu MÉNÉGAUX (G.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBÜRGER (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Bichat JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Broussais DE GENNES (L.)
	Cochin MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Port-Royal VARANGOT (J.)
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	LANTUÉJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-ptisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÈNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)

Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIÉ (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie . . .	{ DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i> CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)	Neurologie . . .	LHERMITTE (F.)
Anatomie pathologique . .	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.)	Obstétrique . . .	{ GRASSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.) MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)
Bactériologie . .	{ NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i> CHRISTOL (D.)	Ophthalmologie . .	{ BRÉGEAT (P.) DESVIGNES (P.)
Biochimie médicale . . .	{ ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i> DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (R.)	Orthopédie . . .	JUDET (R.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)	Oto-rhino- laryngologie . .	{ AUBRY (M.) MADURO (R.)
Dermato- Syphiligraphie .	DUPERRAT (F.)	Parasitologie . .	{ BRUMPT (L.-C.) CHABAUD (A.) ABOULKER (P.) BARCAT (J.) BAUMANN (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) MATHEY (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE (J.-M.)
Embryologie . .	Tuchmann-Duplessis (H.)	Pathologie chirurgicale . .	{
Histologie . . .	{ COIJARD (R.) N... N...		
Hydrologie . . .	CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>		
Maladies infectieuses . . .	BASTIN (R.)		
Médecine légale	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail . . .	ALBAHARY (C.)	Pathologie expérimentale . .	{ LOEPER (J.) MAURICE (P.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)		

MM.

Pathologie

médicale

BOLDIN (G.)
 BOUVIER (J.-B.)
 BRICAIRE (H.)
 BRISSAUD (H.)
 CASTAIGNE (P.)
 CONTE (M.)
 DEROT (M.)
 DOMART (A.)
 LAMOTTE (M.)
 LAROCHE (C.-P.)
 MACREZ (Cl.)
 MILLIEZ (P.)
 PÉQUIGNOT (H.)
 PERRAULT (M.)
 RAMBERT (P.)
 ROYER (P.)
 THIEFFRY (St.)
 TURIAF (J.)
 WOLFROMM (R.)
 N...
 JOSEPH (R.)
 MOZZICONACCI (P.)
 POLONOVSKY (Cl.)

Pédiatrie

MM.

Pharmacologie } CHEYMOL (J.) *pr. s. ch.*
 } LEVY (Mlle J.) *pr. s. ch.*
 Physiologie . . } BARJETON (D.) *pr. s. ch.*
 } PARROT (J.) *pr. s. ch.*
 } DEJOURS (P.)
 Physique
 médicale } DJOURNO (A.) *pr. s. ch.*
 } GOUGEROT (L.)
 Pneumo-
 Phtisiologie . . KREIS (B.)
 Psychiatrie . . . PICHOT (P.)
 Psychiatrie
 infantile MICHAUX (L.)
 Rhumatologie . . DELBARRE (F.)
 Stomatologie . . } CERNÉA (P.)
 } CHAPUT (Mme A.)
 Thérapeutique . CHASSAGNE (P.)
 Urologie KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique
chirurgicale . .

{ AMELINE (A.)
 { HUGUIER (J.)
 { LÉGER (L.)
 { PADOVANI (P.)
 { ROUX (M.)
 { DREYFUS (Gilbert)
 { HAGUENAU (J.) *pr. s. ch.*
 { KOURILSKY (R.)
 { MARCHAL (G.)

Clinique
médicale

Clinique

neurologique . . De SÈZE (S.)

MM.

Clinique

obstétricale . . . MAYER (M.)

Clinique

ophtalmologique OFFRET (G.)

Clinique

pédiatrique . . . LAPLANE (R.)

Clinique

psychiatrique . BARUK (H.)

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)

Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur Mlle GOICHON (A.)

Bibliothécaires } Milles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
 } LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES COUSINS
FANNY DE CANIASSO

En témoignage de ma gratitude.

A LA MÉMOIRE DE MON PRÉCEPTEUR

GUILLAUME OLLÉ SORE

*Disparu subitement dans sa trente-sixième
année.*

AINSI QU'A CELLE DE MON PÈRE

*Qu'un tragique destin emporta un mois
avant la soutenance de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL FÈVRE

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale Infantile
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Chirurgie
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous fit l'honneur de nous proposer le sujet de cette thèse et d'en accepter la présidence.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre grande admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENYS PELLERIN

Chirurgien des Hôpitaux

*A qui nous devons d'avoir pu réunir et
présenter ces observations, et qui fut pour
nous un conseiller bienveillant et sympa-
thique.*

A NOTRE AMI

LE DOCTEUR PIERRE IMBERT

Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous enseigne les premiers éléments
de la technique chirurgicale.*

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Assurément, ce n'est pas une entreprise aisée que de vouloir isoler dans le vaste domaine des kystes du mésentère un cadre nosologique propre à l'enfant, d'autant qu'une extrême confusion règne encore dans ce chapitre de la pathologie, que les observations qui ont été publiées sont nombreuses, éparées et dissemblables, et que les conceptions cliniques et anatopathogéniques ne sont pas univoques. La difficulté est encore plus grande en regard de la rareté de l'affection, et du fait que peu d'ouvrages ont été jusqu'ici spécialement consacrés aux kystes du mésentère de l'enfant. Aussi, le modeste travail que nous allons présenter ne prétend pas faire la lumière une fois pour toutes sur les tumeurs kystiques du mésentère.

Dans les pages qui vont suivre, nous désirons simplement rapporter onze cas de kystes mésentériques observés chez des enfants de quatre mois à neuf ans. Sept de ces cas ont été vus entre 1950 et 1955 dans le service de chirurgie infantile de Monsieur le Professeur Marcel FÈVRE, à l'hôpital des Enfants-Malades. Les quatre autres avaient été publiés en 1952 par Yves CHATAIN dans le cadre des travaux du même service de chirurgie infantile. A travers ces observations, nous voulons montrer les caractères cliniques qui rapprochent les kystes du mésentère de l'enfant, et ceux qui les différencient des kystes du mésentère de l'adulte.

Déjà limitatif par son titre, ce travail se veut limitatif dans son contenu : nous avons laissé de côté tout ce qui n'est pas kyste, c'est-à-dire tout kyste qui, comme les hématomes enkystés, n'a pas de paroi propre. Nous avons également éliminé les kystes hydatiques qui sont la manifestation d'une maladie parasitaire acquise. Par contre, nous avons englobé dans le même vocable les kystes du mésentère proprement dit et ceux des mésocôlons. Si nous avons fait l'historique des kystes du mésentère en général, c'est que l'histoire particulière des

kystes mésentériques de l'enfant se confond avec lui. Si nous avons consacré un chapitre à l'anatomie pathologique, c'est qu'elle permet d'expliquer la pathogénie ; et si nous nous sommes étendus sur ce chapitre de la pathogénie, ce n'est pas pour adopter une attitude doctrinale. C'est uniquement parce que la conception pathogénique que nous exposons semble mieux expliquer à la fois les caractères histologiques des kystes du mésentère et leur plus grande fréquence chez l'enfant. Nous avons été brefs dans l'ensemble, sauf dans les chapitres de la clinique, de la pathogénie et de la thérapeutique où bien souvent, à dessein, nous avons reproduit plusieurs fois les mêmes observations afin qu'elles appuient sans cesse notre pensée. Ce faisant, notre souci dominant a été de présenter des faits concrets.

Ainsi conçu et présenté, ce travail atteindra-t-il son but qui est de dégager du cadre des kystes du mésentère la « particularité » clinique et pathogénique des kystes mésentériques de l'enfant ? Nous le souhaitons vivement !

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Parce que les premiers cas connus de kystes du mésentère, ainsi que la majeure partie de ceux qui sont rapportés dans la littérature, ont été observés sur des enfants, l'histoire des kystes mésentériques de l'enfant ne peut être dissociée de celle des tumeurs kystiques du mésentère en général.

Il est devenu presque classique de considérer comme la plus ancienne des publications, celle du Florentin BENEVIENNI qui rapportait dans son ouvrage : « *De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanitatis omni causis* », le cas du fils d'ALDEMARI âgé de huit ans, à l'autopsie duquel il trouva comme cause de la mort un « callus » sur le mésentère. Et il écrivait : « Pietro ALDEMARI avait un fils de huit ans qui avait la mauvaise habitude de manger de la terre et des cailloux. Aussi, survint une fièvre continue bien que modérée, bientôt accompagnée de vomissements, de diarrhée. L'enfant mourut. A l'autopsie, alors que tous les organes étaient normaux, je trouvai un callus, une masse dure, sur les veines dites mésaraïques ; ce callus obstruait les veines, et aucun sang n'en coulait. C'était la cause inévitable de la mort de l'enfant. » La maladie avait donc été ignorée pendant la vie du sujet. Il faut admettre que bien d'autres sujets, avant et après le fils de Pietro ALDEMARI, avaient été les porteurs ignorés de kystes du mésentère. De fait, ou les kystes du mésentère étaient des trouvailles d'autopsie, ou ils étaient confondus avec d'autres affections ou d'autres états physiologiques. Ainsi, HORTIUS rapporte le cas d'une jeune femme qui, un an après son mariage, présenta des douleurs, des hypothygies, vit son ventre augmenter peu à peu de volume, et mourut dans un tableau de crises épileptiformes. De même, TULPIUS cite le cas de la fille d'un pharmacien hollandais qui mourut dans un tableau d'anasarque, alors qu'on la croyait en état de gestation.

Avec la découverte, en 1622, des chylifères et des ganglions par ASSELLI, la pathologie du mésentère s'enrichit incontestablement, mais elle consista par la suite, pendant très longtemps, en l'étude des maladies des vaisseaux et des ganglions lymphatiques. Les lésions ganglionnaires strumeuses allaient seules intéresser les médecins, et la plupart des affections du mésentère étaient confondues, sur le vivant, avec le « carreau », et, selon AUGAGNEUS, SAUVAGES fut un des grands promoteurs de cette confusion, qui alla jusqu'à substituer au mot « carreau », celui de physconie (*physconia mesenterica*). La confusion fut telle que personne ne comprenait plus rien aux maladies du mésentère. Il fallut attendre 1887, avec BAUMÈS, qui, au sujet de la physconie, remporta le prix du Concours de la Faculté de Paris, en isolant dans les formes morbides du mésentère, la tuberculeuse ganglionnaire des enfants.

Pourtant, MORGAGNI avait entrepris une étude attentive des malades et des cadavres, et établi des notions exactes et des idées justes, mais ces notions ne tardèrent pas à entrer dans l'ombre pendant quelque temps, pour se montrer de nouveau au jour. De même, dès 1803, PORTAL (éminent professeur au Collège de France) avait classé les tumeurs mésentériques en tumeurs stéatomateuses, squirrheuses, cancéreuses, pierreuses, hydatiques. Il établissait en même temps les caractères cliniques principaux qui étaient selon lui l'ascite, les vomissements, la dysurie, les rétentions intestinales. Il soulignait la mobilité de la tumeur et signalait la confusion possible avec les tumeurs épiploïques.

A partir de 1880, s'ouvre l'époque que certains appellent « l'ère chirurgicale des kystes » et qui correspond aux publications de premiers cas opérés avec succès par les grands chirurgiens français qu'étaient PÉAN et TILLAUX. Dès lors, la question acquiert un regain d'intérêt : COLLET, élève de TILLAUX, y consacre sa thèse inaugurale en 1884. AUGAGNEUS, en 1886, en fait le sujet de sa thèse d'agrégation. En 1887, HAHN classe les kystes en : kystes chyleux, hémorragiques, hydatiques. Les publications ne cessent de se multiplier. A propos de kystes d'origine intestinale, citons les travaux de ROTH (1881), STUGAARD (1894), TERRIER et LECÈNE (1904); à propos des kystes dermoïdes, ceux de LANGTON (1884). MOYNIHAN (1897), de LAUNAY (1903), HOUZEL, SOUBEYRAN, SOULIGOUX, et surtout PAKOWSKI qui publia en 1912 l'étude sur 27 cas. DOWD (1900), NIASI (1907) se sont attachés particulièrement aux kystes congénitaux mülériens et wolffiens.

En publiant en 1912 leur monographie sur les kystes du mésentère, PROUST et Raoul MONOD ont fait la lumière sur l'importante catégorie des kystes lymphatiques déjà étudiés par ailleurs par

KLEFSTAD-SILLONVILLE, KLEMM (1905), BAUER (1910). Depuis cette monographie de PROUST et Raoul MONOD, bien d'autres publications ont été faites, tant en France qu'à l'étranger ; mais la plupart, hormis celle de CORNIALEY, de DESGOUTTE et RICARD, de BOURDE et MOS-SINGER, d'AIEVIOLI, BECKER, PENBERTY, PETERSON, SIMONETTI, n'ont été que des observations éparses.

A propos des travaux spécialement consacrés aux kystes du mésentère de l'enfant, retenons, outre les cas de BENEVIENI relatifs au fils de Pietro ALDEMARI porteur, comme nous l'avons vu, d'un « cal-lus » et à JULIANUS, autre jeune homme porteur sur l'intestin d'une abondante substance noire et fétide contenue dans un large abcès, la publication de SYNDENHAM qui le premier mentionna les tumeurs du mésentère de l'enfant dans le « Opera omnia » de Genève en 1723, celles de BROCA et DANIEL (1905), de DEAYER de Philadelphie (1909), de HOUZEL de Boulogne (rapportés par KIRMISSON à l'Aca-démie de Chirurgie en 1912), de A. MARTIN (1932), de I.S. WEN-GÉROVSKY (1939) et de Valdez DIAZ, Sanchez SANTIAGO, Sosa BENS (1941) relative à un kyste dermoïde du mésocôlon transverse chez un petit garçon de cinq mois. Il est impossible de citer tous les travaux ou publications. La liste en serait longue, fastidieuse, et en tous cas, sans intérêt majeur ici.

Nous retiendrons donc dans l'histoire des kystes mésentériques en général, le fait que dans un premier temps, il ne s'est agi que des découvertes d'autopsie ou des manifestations cliniques parfois con-fondues avec le « carreau », parfois même avec la simple gravidité, et qu'à ce premier temps que l'on appela « ère médicale » a succédé, avec la contribution d'illustres chirurgiens (PÉAN, TILLAUX), un deuxième temps appelé « ère chirurgicale » qui amena des amélio-rations que plus d'un siècle et demi d'hypothèses pathogéniques et d'au-topsie n'avaient pu réaliser. Ces améliorations se traduisirent par des explications étiopathogéniques plus rationnelles, un meilleur diagnos-tic pré-opératoire et une thérapeutique chirurgicale efficace.

CHAPITRE III

ANATOMO-PATHOLOGIE

Nous ralliant à l'avis de KIRMISSON qui déclarait le 28 février 1912 à la Société de Chirurgie de Paris : « À mon avis, on doit considérer comme kystes du mésentère les tumeurs kystiques développées entre les deux feuillets mésentériques, et non les kystes adhérant à l'un des feuillets du mésentère », nous pensons qu'il y a lieu d'exclure de l'étude des kystes du mésentère ceux qui ne sont que juxta-mésentériques. Mais nous étendrons le mot « kyste du mésentère », à la fois aux kystes du mésentère proprement dit et à ceux des mésocôlons. A l'appui de cette manière de voir, nous rapportons ci-après des cas de kystes développés à la fois sur le mésocôlon ascendant et sur le mésentère (*obs. n° 8*), de kystes développés sur le mésocôlon, le mésentère et le fascia de Treitz (*obs. n° 6*), et enfin, de kystes du mésosigmoïde cliniquement semblables aux kystes du mésentère proprement dit (*obs. n° 5*).

Nous n'étudierons donc dans ce chapitre que la situation anatomique et les caractères macroscopiques et histologiques des seules tumeurs kystiques intra-mésentériques ou intra-mésentéro-mésocoliques. Du cadre de ces tumeurs, il faut exclure les kystes parasitaires (maladies acquises exceptionnelles chez l'enfant) et les kystes hématiques qui sont des faux kystes sans paroi propre. Il ne faut considérer que les lymphangiomes, les entérokystomes et les dysembryomes (dermoïdes, spécifiques, tératoïdes).

Reprenons d'abord brièvement ce qui a déjà été dit des kystes du mésentère en général :

1° LES LYMPHANGIOMES KYSTIQUES SONT ENCORE APPELES KYSTES LYMPHATIQUES

Selon leur contenu, ils sont dits séreux, chyleux, lymphatiques. Ce sont les plus fréquents, du moins chez l'enfant (6 sur 11 de nos observations). Ils siègent en n'importe quel point du mésentère : dans la racine du mésentère (*obs. n° 8*), dans le méso de la première anse grêle (*obs. n° 7*), presque au contact du côlon descendant (*obs. n° 3*), dans le mésosigmoïde (*obs. n° 5*), dans le mésocôlon ascendant accolé au grêle (*obs. n° 8*). Ceux qui siègent à mi-hauteur du mésentère seraient mieux tolérés. Ceux de la racine sont au contact des vaisseaux et des organes nobles. Ils ont généralement un pédicule vasculo-nerveux, qu'ils soient sessiles ou pédiculés. Lorsqu'ils ont une position asymétrique par rapport aux deux feuillets mésentériques, ils ont des rapports plus intimes avec celui des feuillets d'où partent les vaisseaux de leur pédicule (ERIN, SAUNIER), et le feuillet avasculaire entoure complètement le kyste. Ils peuvent traverser de part en part le mésentère (*obs. n° 7*) ou bien se laisser recouvrir par une anse intestinale qui s'étale (*obs. n° 9*). Leur présence s'accompagne souvent d'une stase lymphatique mésentérique importante. ERIN-SAUNIER a observé un cas de stase lymphatique à propos duquel elle disait que ce processus avait pris une ampleur extraordinaire, puisque non seulement la portion mésentérique en rapport avec le kyste, mais toute la totalité du mésentère était parcourue par d'énormes vaisseaux gorgés de chyle et réalisant de véritables varices lymphatiques.

Les lymphangiomes kystiques sont pauci ou multiloculaires, uniques ou parfois multiples. (CARICO trouva quatre gros kystes voisinant avec 78 petites tumeurs du même aspect.) Les kystes lymphatiques sont de grandeur variée, allant d'un petit pois à une tête de fœtus.

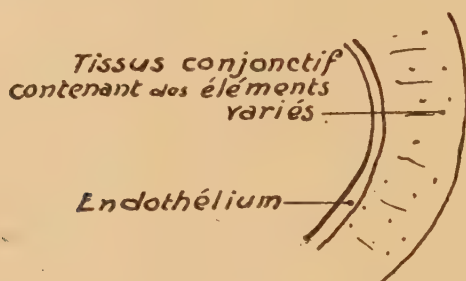
De coloration rose ou brune, leur contenu dépasse rarement dix litres. Au point de vue chimique, la lymphe est moins riche en graisse que le chyle. Le chyle kystique est incoagulable (VIDAL) et plus riche en urée que le chyle normal. Il y a des leucocytes et des éosinophiles. La coexistence des kystes multiples séreux et des kystes chyleux (TUFFIER, COLLINS, HAKINS) a fait considérer le kyste séreux comme un kyste chyleux évolué. C'est en tout cas l'opinion de CORNIALEY.

La paroi du kyste est généralement mince. Parfois, elle est épaisse et altérée. Elle est formée d'un tissu conjonctif dense doublé d'un endothélium. La structure lymphoïde peut y être accusée au point de ressembler à une sorte de néoformation de canaux lymphatiques. En pratique, la structure est comparable à celle du tissu lymphoïde ;

mais les éléments de la paroi seraient rarement au complet, du fait de l'extrême fragilité de l'endothélium. La présence d'endothélium est cependant, de l'avis de la majorité des auteurs, caractéristique de l'origine lymphatique.

Schématiquement, la paroi se présente ainsi :

- a) le tissu conjonctif comporte trois couches : une couche de cellules lâches, une couche de fibroblastes et une couche de tissu réticulé ;
- b) l'endothélium lymphatique est à cellules disposées en « jeu de patience ».



De l'avis d'AUGAGNEUR, les kystes séreux ne contracteraient pas facilement d'adhérences, se nucléaient aisément, mais souvent se laisseraient entourer par une anse intestinale qui s'étale, s'immobilise sur eux en forme de bordure de « cimier de casque », ou « d'anneau de Saturne », diraient certains auteurs).

2° LES KYSTES ENTEROIDES

Ceux que nous plaçons dans le chapitre des kystes mésentériques sont ceux qui sont sous-séreux et extra-intestinaux, excluant ainsi les kystes uniquement intra-pariétaux qui doivent être considérés comme des tumeurs du grêle. Mais la distinction n'est pas toujours nette : parfois, ils gardent leurs rapports avec la paroi intestinale (*obs. n° 4*), parfois ils perdent leurs rapports avec elle. Leur siège de prédilection serait la région iléo-cæcale, la partie terminale de l'iléon (*obs. n° 10*), le mésentère (*obs. n° 11*) plus ou moins loin du bord mésentérique du grêle (TERRIER et LECÈNE).

De forme arrondie ou oblongue, ils sont souvent uniloculaires mais peuvent être diloculés lorsqu'ils se confondent avec le grêle (*obs. n° 4*), parfois volumineux, parfois de la taille d'un œuf de poule.

Leur contenu est un liquide visqueux, filant, incolore ou jaunâtre, ou séro-fibrineux (*obs. n° 4*). On y a noté la présence de sels minéraux, de protéines, et l'absence de ferments intestinaux (HORN).

Leur paroi rappelle la paroi intestinale : fibres musculaires lisses disposées en une ou plusieurs couches, muqueuse à chorion et glandes annexes, épithélium. Ce type complet peut ne se rencontrer que rarement. La paroi peut ne présenter que quelques fibres musculaires et une muqueuse atrophique (*obs. n° 11*). D'autres fois, ils ont la structure du diverticule de Meckel (*obs. n° 10*). Cette paroi peut n'avoir qu'un revêtement unistratifié, cylindrique, muqueux, prenant le muci carmin, avec métaplasie pavimenteuse. Rarement, on trouvera une muqueuse de type duodénal (*obs. n° 4*).

3° DYSEMBRYOMES KYSTIQUES

À côté des formations tumorales kystiques dont les éléments peuvent être rapportés à ceux que l'on rencontre normalement dans la sphère mésentérique (kystes lymphatiques, intestinaux), il faut faire une place aux dysembryomes. Leurs éléments dérivent de feuillets embryonnaires différents des feuillets qui ont donné le mésentère et l'intestin. Dans l'acceptation la plus vaste du mot, comme nous le verrons plus loin, leur cadre prévisible serait très grand. Au point de vue pathologique, ils sont les plus rares sur le mésentère.

LES KYSTES DERMOÏDES

Constituent le groupe essentiel. Ils siègent à n'importe quel point du mésentère mais toujours à distance de l'intestin, à 15 cm au moins du bord intestinal (VACHER). Souvent sphéroïdes ou ovoïdes, uniques ou multiples, sessiles ou pédiculés. Ils sont de couleur blanc nacré, de consistance fluctuante ou pâteuse, ou rénitente. Leur volume varie d'un grain de chènevis à une tête d'adulte. Dans leur paroi lisse et épaisse, il y a un épithélium pavimenteux cilié ou non, dans lequel on ne trouve pas de glandes sébacées. Ils contiennent, dans un liquide séreux ou mucilagineux, du sébum, des poils, des ongles et des dents. Dans le cas de HOUZEL (de Boulogne) rapporté par KIRMISSON, chez un enfant de vingt-trois mois, il y avait un litre de liquide noirâtre et trois kilos de substance mucoïde !

Il n'est pas rare que les kystes dermoïdes contractent de fortes adhérences dans leur voisinage, au point de nécessiter parfois une résection intestinale (KIRMISSON, 1902). La malade de DEAYER (Philadelphie, 1909) avait sept ans et était porteuse d'un kyste de 3 kg

en rapport étroit avec l'intestin. Ce kyste nécessita une résection intestinale de 25 cm.

Les kystes dermoïdes ne sont que des tératomes imparfaits, « spécifiques » dirons-nous, des éléments du derme. A un stade moins évolué de leur formation, correspond une autre variété de dysembryomes : ce sont les dysembryomes tératoïdes, encore appelés par certains, dysembryomes kystiques. On y trouve les éléments les plus variés : os, cartilage, muscle, tissu nerveux, etc. AHRENS a rapporté un cas où il y avait dans le kyste 25 cm d'intestin et un petit estomac qui portait deux ulcères ronds. Nos *observations n^{os} 1 et 6* en sont aussi de beaux exemples.

LES KYSTES WOLFFIENS (LE MONNIER), MÜLLÉRIENS ET SURRÉNALIENS (RITTER)

Ils ont été aussi signalés chez l'enfant. Ils doivent être considérés comme des tératomes spécifiques d'une localisation voisine du corps de Wolf ou du canal de Müller, ou de l'organe surrénal. Ils ont une paroi kystique revêtue d'un épithélium glandulaire cubique ou cylindrique, reposant sur des fibres musculaires lisses. Leur contenu est séreux. Ils sont exceptionnellement intra-mésentériques, plus souvent intra-mésocoliques et rétro-péritonéaux. C'est pourquoi nous ne pouvons que les citer bien qu'ils entrent, au point de vue histopathogénique, dans le cadre des dysembryomes.

Voici maintenant les comptes rendus opératoires et les examens histologiques de quelques uns de nos observations qui montrent l'essentiel de ce que l'on peut dire sur la forme, le siège, les modifications de voisinage et la structure des différentes catégories de kystes du mésentère chez l'enfant.

1^o OBSERVATION N^o 4 : B... Martin, onze mois.

Syndrome occlusif.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 10 janvier 1954

a) BOCQUENTIN - LEFRANC

« Incision de Mac Burney dans le but de vérifier s'il n'existe pas une invagination iléo-iléale ou les traces d'une iléo-cæcale désenvaginée.

Aucune lésion apparente sur le cæcum et la jonction iléo-cæcale, mais à 15 cm en amont de la terminaison de l'iléon, on découvre une

tumeur sur le grêle, développée sur le mésentère sur lequel il pénètre en partie. Grosseur d'un œuf de poule très tendu, de contenu liquidien. A la ponction, on ramène 10 cm³ de liquide séro-fibrineux. Les opérateurs essaient de cliver cette tumeur pour en pratiquer l'exérèse au cours de la dissection, ouvrant la tumeur elle-même. Sa paroi saigne comme une paroi intestinale. Ils renoncent à l'exérèse.

b) PELLERIN - BOCQUENTIN

Il n'est pas possible de faire le clivage de cette tumeur entéroïde, type duplication du tube digestif, et on décide de faire, par principe, une résection segmentaire. Résection de 10 cm du grêle. Anastomose termino-terminale bord à bord en deux plans, par points séparés à la soie. Fermeture pariétale sans drainage. »

HISTOLOGIE

« Le fragment examiné comprend deux cavités côte à côte :

1) La cavité du grêle dont la muqueuse est partout sensiblement normale, exceptée dans la zone adjacente au kyste et faisant légère-

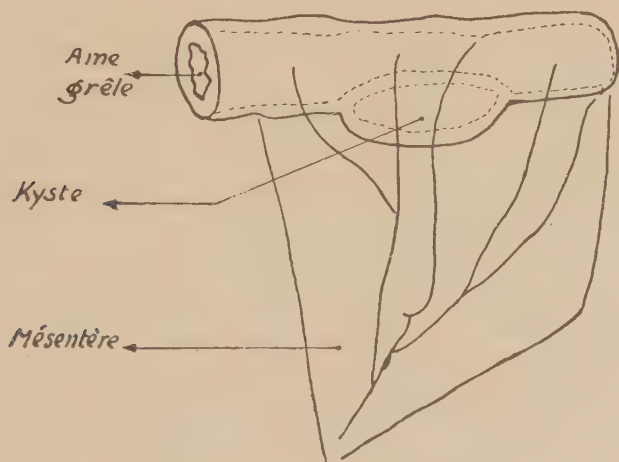


Schéma anatomico-opératoire du Docteur PELLERIN

ment saillie dans la lumière de l'iléon où le *chorion* inter-glandulaire est très riche en *polynucléaires*. La musculaire muqueuse et la sous-muqueuse sont normales.

2) *La cavité kystique* qui est bordée par une *muqueuse de type pylorique* qui s'amenuise et s'ulcère superficiellement au fur et à mesure qu'on s'approche de la zone adjacente du grêle. A cet endroit, elle est remplacée par un *granulome* inflammatoire contenant d'assez nombreux *polynucléaires* et des *capillaires* dilatés. Cette muqueuse est doublée d'une *musculaire muqueuse*, d'une *sous-muqueuse* œdématisée et d'une couche musculaire transversale propre. Les deux couches musculaires de la masse entourent à la fois les deux cavités, de sorte qu'au niveau de la zone adjacente qui fait saillie dans la lumière de l'intestin grêle, entre les deux muqueuses, il y a, en allant du grêle vers le kyste successivement : musculaire-muqueuse, sous-muqueuse, couche musculaire kystique, sous-muqueuse et musculaire-muqueuse.

Aucune communication entre les deux cavités. Il s'agit ici d'un KYTE ENTÉROÏDE développé contre la paroi propre de l'iléon terminal. »

2° OBSERVATION N° 5 : Bas... Jean-Pierre, six mois.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 29 juillet 1955 (Docteur DUHAMEL)

« Médiane sus et sous-ombilicale. Péritoine sous-ombilical adhérent à la tumeur que l'on peut cliver sans difficulté. Il s'agit d'une tumeur *polykystique développée dans le mésosigmoïde* laminant celui-ci, faisant issue de part et d'autre de lui, et développée en arrière de la racine du méso jusqu'aux insertions du cæcum.

Réséction du côlon sigmoïde et de son méso avec ligature haute de la mésentérique inférieure. On termine par un Hartmann en fermant le bout supérieur du rectum et en faisant un anus iliaque gauche terminal par une contre-incision. »

HISTOLOGIE

« Volumineux LYMPHANGIOME mésentérique *multiloculaire*, siège d'une réaction inflammatoire secondaire. » (Docteur NEZELOF.)

3° OBSERVATION N° 6. Ap... Claude, trois ans.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 7 avril 1955 (Docteur PELLERIN) :

« *Très volumineuse tumeur* abdominale gauche faite de deux masses principales : l'une palpable dans l'hypocondre gauche, l'autre

dans la fosse iliaque droite. Les examens radiologiques semblent prouver que cette tumeur est indépendante du rein qui est injecté. Elles sont rétro-péritonéales.

A droite, la tumeur *refoule le côlon droit et le transverse en avant et à gauche.*

Les deux tumeurs perçues cliniquement ne sont en réalité que les deux parties principales d'une même masse qui est en fait à trois lobes : deux lobes dans l'hypocondre gauche, l'autre dans la fosse iliaque gauche, séparées par un sillon transversal dans lequel s'invagine la queue du pancréas et les vaisseaux spléniques... La tumeur est bien rétropéritonéale au sens "définitif" du terme. Elle est en fait *développée dans les mésos*. Il s'agit, semble-t-il, d'un TÉRATOME dont le point de départ est au niveau du plexus cœliaque et qui a *poussé ses prolongements dans les ligaments pancréatiques et gastro-spléniques, dans le fascia de Treitz, dans la racine du mésocôlon et du mésentère...* Il n'a été fait aucun sacrifice vasculaire... On ponctionne les masses contenant chacune un litre de liquide noirâtre. »

HISTOLOGIE :

« DYSEMBRYOME COMPLEXE ne présentant aucun signe de malignité.

Les nombreuses coupes pratiquées dans la tumeur montrent des *tissus variés* :

a) *épiderme* avec annexes de peau, glandes sébacées, poils, muscles horripilateurs ;

b) *travées conjonctives* ;

c) une *muqueuse du type Lieberkuhn* au milieu des glandes de Brünner et même un pancréas bien différencié ;

d) une *muqueuse bronchique* avec épithélium cubique ;

e) des *plages de cartilage* ainsi que des cavités kystiques bordées d'un épithélium cubique remplies d'une substance qui par sa dureté et son *aspect compact évoque l'os.* »

4° OBSERVATION N° 7 : Sanit D... Marie-Thérèse, trois ans.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 8 mars 1935 (Professeur LEVEUF) :

« Laparotomie médiane. On trouve du liquide clair dans le ventre, des anses grêles violacées et collabées, des anses grêles normales. On se rend compte que la partie collabée est en volvulus à *la partie*

initiale du grêle qui porte un kyste du mésentère. Le kyste traverse le mésentère de part en part. Une petite bride passe au-dessus de l'intestin, à la hauteur du kyste. Détorsion de deux tours et demi dans le sens des aiguilles d'une montre. Ablation de la partie exubérante du kyste qui contient un liquide séreux clair. Paroi au fil de bronze. »

HISTOLOGIE :

Elle conclut à un LYMPHANGIOME kystique ⁽¹⁾.

5° OBSERVATION N° 8 : V... Madeleine.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 17 décembre 1938 (Dr SABOURIN) :

« Incision médiane sus et sous-ombilicale. Il s'agit d'une *tumeur développée au niveau de la terminaison de la racine du mésentère et dans l'épaisseur du mésocôlon ascendant*. Incision du péritoine en avant de la tumeur. Dissection prudente en arrière. On *sépare la tumeur de l'uretère et les vaisseaux utéro-ovariens* au niveau de leur croisement. Ligature d'un vaisseau de ces derniers. Aucune section des vaisseaux mésentériques ni coliques. Péritonisation soignée des deux faces du mésentère. »

HISTOLOGIE :

La *paroi fibreuse* présente des lésions inflammatoires avec infiltrat *lymphocytaire* diffus et tapissé d'un revêtement *endothélial*. C'est l'aspect du CHYLANGIOME simple de Klemm ⁽²⁾.

6° OBSERVATION N° 9 : M... Jacques, quatre mois.

Diagnostic : sténose du grêle + cachexie.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 19 janvier 1946 (Professeur FÈVRE) :

« Incision médiane à cheval sur l'ombilic. Des anses distendues sont suivies et amènent sur un volvulus du grêle qui paraît lui-même causé par le point d'appui d'un *kyste mésentérique sur lequel s'étale*

⁽¹⁾ In Y. CHATAIN.

⁽²⁾ In Y. CHATAIN.

un intestin complètement aplati. Incision. Evacuation et ponction de ce kyste dont les poches d'évacuation sont ensuite refermées. L'état de l'enfant met hors de question, devant ce kyste qui siège juste au ras de l'intestin, une résection intestinale.

Détorsion du volvulus. Les gaz passent, du segment dilaté dans le segment sous-jacent, non pas spontanément mais sous la pression du doigt. Fermeture de la paroi en remettant le complément d'intervention en des temps ultérieurs si l'enfant survit. »

Absence d'examen histologique (1).

7° OBSERVATION N° 10 : V... Jacqueline, neuf mois.

Diagnostic d'occlusion du grêle par diverticule de Meckel.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 5 février 1935 (Docteur GODARD) :

« Médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'un volvulus de la *partie terminale d'une anse grêle* au niveau d'un *gros kyste*, reliquat d'un diverticule de Meckel. Le grêle est distendu au-dessus de la torsion. La torsion est de un tour et demi dans le sens des aiguilles d'une montre. *Le kyste est accolé à l'intestin.* La poche est enlevée pour examen ; en effet, l'enfant a, en cours d'anesthésie, des vomissements féca-loïdes qui pénètrent sans doute dans la trachée, et malgré tous les efforts, la mort survient. »

HISTOLOGIE (Docteur DOBKEVITCH) :

« Kyste du mésentère. Il s'agit d'un kyste vrai à *revêtement uni-stratifié cylindrique* muqueux (mucicarmin positif) avec *métaplasie pavimenteuse*. C'est l'observation d'un ENTÉROKYSTOME d'origine meckelienne. »

8° OBSERVATION N° 11 : B... Michel, deux ans et demi.

Diagnostic d'appendicite avec péritonite.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 18 septembre 1937 :

« Incision de Mac Burney. Pus en abondance dans la fosse iliaque droite. Le cæcum est recouvert d'une petite fausse membrane et fixé

(1) In Y. CHATAÏN, *Semaine des Hôpitaux*, juin 1952.

à la paroi. On aperçoit en dedans une tumeur qui semble au premier abord être constituée par le grêle. Cette tumeur est noirâtre, très volumineuse ; on arrive difficilement à en faire le tour à la main.

On agrandit l'incision. La tumeur est alors extériorisée et on constate qu'il s'agit d'un *kyste développé aux dépens du mésentère, à la base de l'intestin grêle*. Il est impossible d'enlever la tumeur sans réséquer l'intestin car les vaisseaux seraient obligatoirement coupés. Résection intestinale d'environ 5 cm. Fermeture bout à bout par surjet total puis par un surjet sous-séreux... »

HISTOLOGIE :

« Kyste vrai du mésentère dont la paroi présente quelques *fibres musculaires et une muqueuse très atrophique*. Il s'agit ici d'un ENTÉRO-KYSTOME ⁽¹⁾. »

9° OBSERVATION N° 3 : Leg... Bernard, quatre ans.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 13 mai 1954 (Professeur FÈVRE) :

« Incision médiane sus et sous-ombilicale qui amène sur une énorme tumeur *polykystique à contenu clair*, avec un énorme kyste bleuté allant à gauche jusque dans la fosse iliaque, ce qui donne une ombre lombaire visible à la radio.

Le kyste refoule le côlon ascendant, mais il existe d'autres poches kystiques, les unes *jaune clair*, les autres *bleutées*, qui paraissent encadrer le côlon transverse, envahissent l'épiploon, en particulier l'épiploon gastro-splénique et gastro-colique. Le dégagement le plus difficile est celui du côlon transverse dont on arrive à garder les vaisseaux et dont la teinte reste parfaite. Nouvelle difficulté *au niveau de la rate*, le kyste s'étendait jusqu'au hile et jusqu'au niveau du pancréas. On résèque l'extrémité de la queue du pancréas. Quelques points de catgut sur la brèche du méso-transverse. Hémostase et fermeture.

(Absence d'examen histologique dans le dossier.)

(1) In Y. CHATAIN, *Sem. des Hôp.*, juin 1952.

10° OBSERVATION N° 1 : Zim... Pierre, deux ans et demi.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 27 octobre 1954 (Pr FÈVRE) :

« Médiane sus et sous-ombilicale. Le tératome siège en *plein mésentère*. On commence la dissection pas à pas. On ouvre un *gros kyste qui voisine avec des parties solides* ; on continue la dissection en mettant un doigt à l'intérieur de la poche. Ceci amène une dissection *jusqu'au niveau du pancréas et des vaisseaux mésentériques*. Plaie latérale vraisemblable de la veine mésentérique. L'intestin se présente avec un segment gris bleuté depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'en bas. On ne le voit pas battre sur cette portion, mais il s'améliore au sérum chaud, et d'autre part, on voit des mouvements péristaltiques sur toute la longueur de l'intestin. On décide la réintégration. Hémostase. Pénicilline. Fermeture. »

HISTOLOGIE (n° 32-58 du 18 août 1954) :

« L'examen macroscopique montre une *volumineuse tumeur ovoïde* de la *taille d'un pamplemousse*. Elle comporte une *paroi simple et mince* sur l'une de ses faces et sur l'autre une *paroi épaisse* (4 à 6 mm) contenant de *nombreuses inclusions osseuses, cartilagineuses*, qu'il est nécessaire de couper à la scie. Cette paroi renferme de *petites cavités à contenu sanglant*. La bordure interne du kyste est lisse et régulière. Il n'a été trouvé aucune phanère. L'examen histologique des divers prélèvements montre des tissus variés : tissu osseux, tissu cartilagineux, glandes muqueuses différenciées, glande thyroïde fonctionnelle. Ces différents tissus sont répartis au sein d'un *stroma conjonctif très dense* et dépourvu d'éléments inflammatoires. Ils paraissent tous nature et il existe même dans les espaces médullaires des lamelles osseuses, des arborescences de cellules hémopoïétiques.

Il s'agit en conclusion d'un TÉRATOME histologiquement bénin. »

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

La fréquence des kystes du mésentère, plus grande chez l'enfant que chez l'adulte, et leur découverte à des âges parfois inférieurs à une semaine (CALZOLARI en observa sur un nouveau-né), sont des faits qui donnent à leur pathogénie un caractère particulier susceptible de faire rejeter la plupart des théories qui ont été échafaudées sur l'origine des tumeurs mésentériques kystiques en général.

Sans vouloir réveiller un débat vieux de plus d'un siècle et demi, nous reprendrons rapidement ces théories pour essayer de montrer ce qui, à notre avis, les rend inapplicables à l'enfant.

LYMPHANGIOMES KYSTIQUES

A propos de lymphangiomes kystiques, on a invoqué une théorie rétentionnelle et une théorie congénitale.

THÉORIE RÉTENTIONNELLE « MÉCANIQUE »

La théorie rétentionnelle « mécanique » fait des lymphangiomes des lymphangiectasies dues à la dilatation chylifère par un obstacle exogène, siégeant sur la voie lymphatique allant de l'intestin à la veine sous-clavière gauche : thrombose de la veine sous-clavière, compression du canal thoracique par quelque tumeur médiastinale (théorie de VIRSCHOW), rétention dans la citerne de Pecquet par périgastrite ou abcès ossifluant vertébral (BRAMANN), formations kystiques étagées sur la voie lymphatique centripète (KILIAN). De fait, par ligature expérimentale du canal thoracique, COOPER produisit une dilatation kystique atteignant le volume d'une noisette ; et RAUTENBERG en obtint par ligature inopinée des vaisseaux lymphatiques périphériques au cours d'une ligature expérimentale de l'uretère.

THÉRIE RÉTENTIONNELLE « INFLAMMATOIRE »

La théorie rétentionnelle « inflammatoire » fait, des lymphangiomes kystiques, des conséquences de l'obstruction canaliculaire avec dilatation secondaire due à un processus inflammatoire. L'infection provenant du tube digestif et créant un processus de lymphangite chronique, entraîne une inflammation du ganglion lymphatique qui produit une dilatation initiale, puis une oblitération secondaire par desquamation. Le chyle s'accumulant en amont, la rétention qui s'ensuit crée des petites cavités kystiques. C'est la conception de TILGER. Et HINZ a retrouvé chez les sujets normaux de nombreuses dilations lymphatiques juxta-intestinales, considérées par lui comme des kystes en formation.

On a aussi invoqué la *dégénérescence du ganglion lymphatique* par un processus dyscrasique (tuberculose, dysenterie, typhoïde, etc.) qui réalise une dégénérescence endothéliale suivie de desquamation, d'obstruction, de stase, et finalement de dilatation ganglionnaire (POTAIN, COLLINS, AUGAGNEUR).

THÉORIE CONGÉNITALE

Selon la théorie congénitale, il s'agirait soit d'un véritable hygroma mésentérique (PÉAN), soit d'un défaut de coalescence des feuilletts péritonéaux (DRUCBERT, CUNÉO), soit d'une malformation congénitale : le lymphangiome étant considéré comme une tumeur proliférante formée d'un tissu riche en vaisseaux lymphatiques dilatés. C'est la conception de RITTER et aussi de KLEMM qui, en outre, démontra la transformation d'un chylangiome simple en chylangiome caveux.

Certains auteurs s'attachèrent encore, il y a moins de trente ans, à cette théorie rétentionnelle. Ainsi ERIN-SAUNIER, dans sa thèse inaugurale en 1935, écrivait à propos des kystes lymphatiques : « ... Cependant, il est possible qu'une simple gêne par oblitération incomplète d'un tronc lymphatique ne s'opposant pas au cours du chyle mais le ralentissant, occasionne à la longue une dilatation kystique, surtout si l'on admet que les valvules s'opposent, dans une certaine mesure, au reflux du chyle. » Mais cette théorie ne peut être retenue, car si la compression était à l'origine, la stase devrait être générale et intéresser tout le système lymphatique de l'économie ; si l'obstacle ne siégeait que sur un tronc collecteur, les anastomoses nombreuses devraient éviter la stase.

TRÉMOLIÈRES, HINZ ont signalé des cas d'oblitération du canal thoracique par une tumeur médiastinale ou gastrique avec ascite

chyleuse, mais n'ont pas signalé la présence concomitante des kystes du mésentère.

Quant à la rupture vasculaire avec enkystement secondaire, elle ne peut réaliser qu'un faux kyste sans paroi propre.

Comment peut-on admettre la théorie inflammatoire chez le nouveau-né ou le nourrisson de six jours, présentant un kyste de la taille d'un œuf d'autruche ? Y. CHATAIN ⁽¹⁾ a réfuté la théorie inflammatoire lymphangitique en évoquant à juste raison la maladie de Nicolas FABRE, « bel exemple de stase lymphangitique », mais combien différent du processus de lymphangiomes kystiques. PROUST et MONOD ont de leur côté condamné définitivement la conception de CUNÉO.

KYSTES ENTEROIDES

L'origine, la pathogénie des kystes entéroïdes a été expliquée par l'hypothèse selon laquelle la régression du canal omphalo-mésentérique donne lieu à la formation soit de diverticules de Meckel, soit de kystes diverticulaires. Cette conception, émise par TERRIEN et LECÈNE, peut être confirmée par l'existence des kystes entéroïdes intra-pariétaux et par le fait que le diverticule de Meckel peut avoir une implantation para ou juxta-mésentérique. Néanmoins, certains kystes siègent au commencement du jéjunum ou dans le mésentère, très loin de l'intestin, et des kystes multiples semblent liés à un diverticule embryonnaire accidentel. Nous verrons plus loin comment on peut élargir la conception de l'origine intestinale et diverticulaire des kystes entéroïdes.

DYSEMBRYOMES KYSTIQUES

On admet communément à l'origine de certains dysembryomes kystiques les inclusions fœtales : les kystes dermoïdes naîtraient de l'enclavement ectodermique dans la fente abdominale antérieure et deviendraient intra-mésentériques par accolement secondaire du feuillet péritonéal ; les kystes wolffiens, müllériens ou surrénaux de l'enclavement de débris du canal de Wolf, de Müller ou de l'organe surrénal très à proximité, chez l'embryon, du mésentère primitif.

Si la plupart des théories que nous venons de rappeler peuvent être invoquées au sujet des kystes du mésentère chez l'adulte ou le

(¹) Y. CHATAIN, in *Semaine des Hôpitaux*, juin 1952.

vieillard, il ne nous semble pas qu'elles satisfassent toutes l'esprit quand il s'agit des enfants chez lesquels on ne peut parler de processus inflammatoires chroniques, et qui précisément présentent le plus grand nombre de kystes lymphatiques. Ici, seule l'origine congénitale nous paraît possible.

AUGAGNEUR essaya d'expliquer la formation des tumeurs primitives du mésentère en se basant sur ce qu'il appela « les aptitudes onkologiques » du mésentère. Il pensait avec raison que la formation embryologique du mésentère et de ses constituants pouvaient permettre de prévoir les tumeurs susceptibles de prendre primitivement naissance en son sein. Rappelons cette formation :

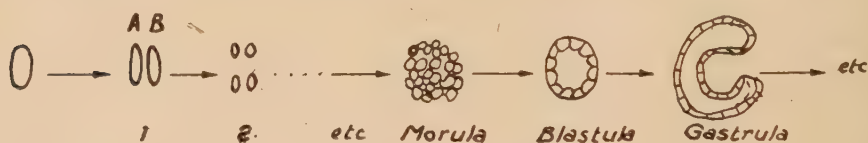
Le mésentère postérieur se développe aux dépens d'une masse mésodermique isolée entre la partie postérieure des cavités cœlomiques et qui attachera le tube intestinal à la paroi vertébrale lorsque l'occlusion complète de la gouttière intestinale aura créé le pédicule vitellin. Le mésentère définitif correspond au segment du *mesenterium communæ* qui regarde la branche descendante de l'anse intestinale primitive et contient les divisions de l'artère mésentérique supérieure, destinées à l'intestin grêle. Le mésentère se développe rapidement pour suivre l'accroissement de l'anse intestinale et allonge son bord intestinal au fur et à mesure que les circonvolutions jéuno-iléales se multiplient. Etranglé par le mouvement de torsion de l'anse entre le côlon transverse et le duodénum, le méso ne tarde pas à se souder au niveau du pédicule mésentérique à la paroi abdominale postérieure. La portion de méso située à gauche de cette adhérence en rapport avec l'iléo-jéjunum deviendra le mésentère définitif ; la portion droite annexée au côlon ascendant et une partie transverse formera les méso-côlons correspondants. Ces divers processus d'allongement et de torsion expliquent la continuité du mésentère avec le mésocôlon, d'autant que cette partie du mésentère s'accrole au fascia méso-colique droit de Toldt comme le côlon ascendant. Finalement, le mésentère est formé de deux lames accolées dont chacune représente une des parois de la cavité viscérale. Entre les deux lames, le tissu conjonctif contient des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et à la racine du mésentère, il est abondant.

AUGAGNEUR admettait que des kystes wolffiens, müllériens ou surrénaliens pouvaient y apparaître, du fait de la situation, près du mésentère primitif du pronéphros et du corps de Wolf, mais qu'il ne pouvait pas y prendre naissance des tumeurs osseuses. Il admettait implicitement la formation des lymphangiomes congénitaux mais rejetait de la même manière la formation primitive intra-mésentérique des kystes dermoïdes ou tératoïdes. C'est qu'il s'était référé au départ à la loi de RANVIER et CORNIL, dite « loi de la conservation

de la forme », selon laquelle les modifications métaplasiques d'un tissu étaient limitées. Il écrivait : « Comme le mésentère n'est point une pièce du squelette, qu'il n'est pas arrivé au type de tissu fibreux vrai d'où le squelette histogénétiquement sort tout entier, nous devons conclure qu'il n'y a presque point de chances pour que les néoplasies primitives du mésentère prennent la forme du myxochondrome ou de chondrome vrai ou ostéome. » Le lecteur appréciera cette opinion en se reportant à notre *observation n° 6*.

Suivons l'exemple d'AUGAGNEUR et demandons à l'embryologie de nous donner la clé permettant de prévoir les tumeurs qui peuvent primitivement apparaître dans le mésentère, mais au lieu de considérer la seule formation du mésentère, stade déjà très avancé de l'ontogenèse, remontons plus loin au stade tridermique, didermique et même au stade morula de la segmentation. La théorie blastomérique de WILMS (1896) préverra non seulement les kystes wolffiens ou surrénaux, mais aussi les lymphangiomes kystiques, les dermokystomes et les tératomes congénitaux.

Rappelons brièvement les premiers stades de l'embryogenèse :



L'œuf fécondé, par segmentations successives, passe, on le sait, du stade de cellule unique au stade deux, quatre, huit cellules, jusqu'au stade morula d'où, avec l'apparition d'une cavité de segmentation, il passe au stade blastula, puis au stade gastrula. La gastrula ayant vu apparaître son orifice blastoporal est formée de deux feuilletts séparés par une cavité coelomique. L'embryon est didermique ; la partie interne est l'endoderme d'où dérivera l'épithélium digestif, les voies urinaires et respiratoires, le rachis ; la partie externe, l'ectoderme, donnera les cheveux, la peau, la glande mammaire, etc. Lorsque l'embryon acquiert son troisième feuillet (mésoderme ou mésenchyme), chacun des feuilletts a atteint une spécificité évolutive. Le troisième feuillet donnera ainsi : cartilages, os, muscles, vaisseaux et tissu conjonctif.

Selon WILMS ⁽¹⁾, un arrêt de développement de l'embryon peut se produire à tous moments sur l'une quelconque de ses parties. Cet

⁽¹⁾ In L. OMBRÉDANNE, « Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile », Masson édit., 1949.

arrêt peut n'être que temporaire : le résultat est alors un simple retard de développement de la portion intéressée par rapport à son voisinage. Lorsque l'arrêt est de longue durée, la différence est beaucoup plus marquée. Une cellule ou un groupe cellulaire peut voir son évolution s'arrêter, entrer « en sommeil ». Lorsqu'elle reprend, l'activité se trouve un peu modifiée par les nombreuses variations du milieu qui se produisent autour du foyer cellulaire considéré, et l'agencement des éléments cellulaires qui vont proliférer sera atypique au moment du « réveil ». L'activité cellulaire qui reprend après la « léthargie » donne des éléments d'un âge plus jeune que ceux qui ont continué à évoluer normalement. Ainsi, si la mise en sommeil se produit très tôt, au stade 1 de la segmentation par exemple (voir schéma), et qu'il porte électivement sur la demi-cellule B, il se réalise l'expérience déjà faite par HERTWIZ. On sait que, au stade 1 de la segmentation (deux demi-cellules), chacune des demi-cellules est susceptible de donner un individu complet. On sait aussi que si l'on détruit l'une d'elles, celle qui évolue normalement donnera un être complet, tandis que l'autre, si son activité cellulaire reprend après destruction, donnera un être incomplet. Supposons dans notre schéma que A évolue normalement et que B s'arrête momentanément pour reprendre plus tard son activité ; au moment où l'être A est parfaitement constitué, B est incomplet et parasite. Si leur séparation n'est pas nette, on obtient un individu normal collé à un individu anormal, c'est-à-dire une monstruosité ; par exemple, A et B peuvent être siamois, ou simplement unis par le sternum (sternopage). Si l'individu B avait eu la même durée d'évolution et les mêmes possibilités de développement, ils auraient donné deux êtres complets identiques (des jumeaux).

L'être B incomplet est un embryome ; il est la forme la plus complète de l'embryome. Au fur et à mesure que l'embryogenèse se poursuit, l'embryome susceptible de se former est de moins en moins complet. Ainsi, au stade morula, au lieu d'un être, l'arrêt de développement d'une cellule suivi de sa reprise d'activité ne donnera qu'un tissu, parce qu'au fur et à mesure de l'évolution, il se produit une différenciation cellulaire, une spécialisation des « cellules-mères ». Une cellule de ce stade sera incapable de donner un être entier, mais sera capable de donner des formations complexes. Ces formations comporteront des éléments tant ectodermiques, qu'endo ou mésodermiques. Ce seront des tumeurs « tridermiques », des tératomes ou « tri-dermomes », parce que la mise en sommeil se sera produite à un stade où les feuillettes ne sont pas différenciés. Par contre, lorsque le processus de mise en sommeil et de réveil se produit à un stade où l'embryon a deux ou trois feuillettes et qu'il porte sur des éléments cellulaires appartenant à un feuillet déterminé, on aura, non plus des embryomes

complexes ou mixtes, mais des embryomes « spécifiques », c'est-à-dire que les éléments d'origine ectodermique, endodermique ou mésodermique donneront, si le phénomène se produit, soit des formations dermoïdes, soit des formations entéroïdes, soit des formations lymphoïdes.

Si la reprise de l'activité se fait, non plus au cours de la vie intra-utérine, mais après la naissance, on a soit des formations tumorales malignes, comme le bronchiome malin de l'adulte apparaissant vers la soixantaine, soit des formations tumorales bénignes comme les kystes que l'on voit au niveau de la face et du cou chez l'enfant, soit enfin des formes mi-bénignes mi-malignes comme les tumeurs mixtes de la parotide. La théorie de l'inclusion fœtale ou de l'enclavement fait de ces tumeurs des dérivés de débris d'organes ou de tissus normalement apparus au cours de l'embryogenèse (appareil branchial, sacs lymphatiques primitifs du cou, etc.). Ces débris s'isoleraient, entreraient en « léthargie », puis reprendraient leur activité après un temps plus ou moins long. Ainsi, les kystes du cou dériveraient de l'inclusion ou de l'enclavement de débris branchiaux (VERNEUIL, 1869); les branchiomes malins naîtraient d'éléments branchiaux entrés en état de « quiescence » au lieu de régresser normalement, et redevenus actifs après la naissance (VOLKMAN, 1888). Cette théorie se conçoit aisément lorsque la tumeur est formée d'éléments tous semblables à ceux du tissu originel qui a été mis en sommeil. C'est le cas des kystes branchiaux. Mais dans certains cas (tumeurs mixtes de la parotide), à côté des éléments épithéliaux, il existe des éléments de nature variée. CUNÉO et VEAU pensent alors que l'inclusion embryonnaire porte, non sur des éléments branchiaux, mais sur des éléments d'un stade beaucoup plus antérieur (stade bi ou tridermique). De même, FORGUE pense que les branchiomes malins qui comportent un stroma formé d'éléments divers (myxoïdes, chondroïdes, etc.) sont des inclusions blastomériques, c'est-à-dire formés à un stade antérieur au stade de la formation des feuilletts embryonnaires. On voit qu'il s'agit ni plus ni moins de la conception blastomérique de WILMS. Théorie de l'inclusion fœtale et théorie blastomérique ne sont donc ni différentes, ni contradictoires. Il s'agit d'un même phénomène intervenant à des stades différents de l'embryogenèse : isolement ou enclavement avec entrée en quiescence ou léthargie, puis reprise d'activité ou prolifération. Les formations tumorales qui en dérivent méritent bien finalement le terme d'enclavome que CHEVASSU leur a donné.

Quand on rencontre, nous l'avons dit, des kystes du mésentère d'assez gros volume chez des sujets très jeunes (onze semaines dans un cas de BROCA), l'hypothèse congénitale est celle qui s'impose de prime abord. La théorie blastomérique de WILMS, à notre avis, l'étaye

parfaitement. C'est pourquoi il nous a semblé commode de grouper tous les kystes vrais du mésentère de l'enfant sous le nom générique d'« embryomes », à la fois pour rappeler leur origine embryonnaire congénitale et pour indiquer que le processus de leur formation est le même pour chaque catégorie kystique. Les embryomes sont des dysembryomes simples si leurs tissus sont différents du tissu adulte de la région où ils sont formés et si leurs éléments dérivent de cellules embryonnaires de même destinée évolutive (dysembryomes wolffiens, dermoïde du mésentère). Les embryomes sont des dysembryomes complexes si le tissu tumoral est constitué d'éléments d'origine diverse (dysembryomes tératoïdes). Les embryomes sont des embryomes tout court si le tissu tumoral est formé d'éléments de la même origine que le tissu adulte de la région intéressée (kyste lymphatique du mésentère).

Que le processus décrit par WILMS se produise sur des cellules spécialisées à devenir plus tard des lymphatiques, on aura des kystes lymphatiques ; qu'il intervienne sur des cellules qui sont en puissance de futurs éléments qui donneront le tube intestinal, on aura des kystes entéroïdes ; qu'il intervienne sur des cellules destinées à la formation du derme, ou du corps de Wolf, ou de la glande surrénale, on aura des kystes dermoïdes, wolffiens, surrénaux. C'est là nous semble-t-il, le fait essentiel de la pathogénie des kystes du mésentère de l'enfant. Certaines questions propres à des catégories de kystes, telles que la transformation des kystes multiples en kystes multiloculaires (PORTER) ou celle des kystes multiloculaires en kystes multiples (HAKINS), n'entrent pas dans le cadre de cette étude. Elles tendent plus à expliquer l'évolution histologique de ces kystes qu'à expliquer leur formation primitive.

CHAPITRE V

CLINIQUE

De l'avis de la plupart des auteurs, les kystes du mésentère dans leur ensemble ont une symptomatologie atypique et variée. Après des périodes de latence plus ou moins longues, ils se manifestent par des signes abdominaux digestifs liés au siège et au volume de la tumeur, mais qui, n'ayant rien d'évocateur, font errer le diagnostic : troubles intestinaux, syndromes occlusifs, syndromes péritonéaux.

Au point de vue *fonctionnel*, on a signalé des coliques intermittentes, des crises douloureuses paroxystiques dans la région péri-ombilicale ou dans la fosse iliaque droite, douleurs « panradiantes » apparaissant brusquement, ou à la faveur d'effort, à la suite d'un repas copieux ou d'un choc, et disparaissant peu après, ne laissant qu'un engourdissement auquel succède une sensation de bien-être. Ces crises se répétant à intervalles plus ou moins réguliers (évolution par « bonds » comme disait FRENTZEL, ou par secousses : AUGAGNEUR). On a aussi signalé des sensations de pesanteur abdominale, de tiraillements, de « ballottement » intra-abdominal. L'anorexie ou la boulimie (ERIN-SAUNIER), ou la hanger pain (LEVISON), les vomissements, l'asthénie, l'amaigrissement, la constipation (SOULIGOUX), la diarrhée, font généralement partie du cortège symptomatique. BRAQUEHAYE a signalé, associés à des troubles urinaires, des troubles menstruels à type d'aménorrhée ou de dysménorrhée dues à la compression de l'aorte qui entraîne un certain degré d'ischémie dans les organes pelviens.

L'examen *physique* renseigne sur l'augmentation du volume du ventre, la taille et le siège de la tumeur, sa mobilité. Les petits kystes sont invisibles, les kystes volumineux réalisent une voussure localisée ou même une distension du ventre (le malade d'ERIN-SAUNIER avait un « ventre de batracien »). La palpation révélerait une surface arrondie ou bosselée de consistance rénitente, ou fluctuante, ou élastique, ou dure. Quand le kyste est peu tendu, il peut donner une sensation

d'ascite libre. En période douloureuse, on peut constater une contracture réflexe de la paroi abdominale due, selon CORNIALEY, au tiraillement du plexus coélique. Le *toucher rectal* ou *vaginal*, la *position de Trendelenbourg* ou le *décubitus latéral* aident souvent à déceler la tumeur.

Selon HEPP, le meilleur signe serait la mobilité : « Une tumeur très mobile, surtout dans le sens transversal, immobile aux mouvements respiratoires, serait intra-mésentérique. »

Dans les kystes rétropéritonéaux, la percussion donnerait une sonorité du fait que l'anse adjacente est repoussée en avant. Les kystes mésentériques sont mats ; et il y aurait une bande sonore sus-pubienne entre le kyste et le bassin (TILLAUX).

La *radiographie* sans préparation de l'abdomen, le lavement baryté, le *pneumopéritoine*, l'*urographie intra-veineuse* ou la *cholangiographie* sont d'un précieux secours à l'établissement d'un diagnostic présomptif.

En fait, aucun des précédents signes ci-dessus n'est un signe de certitude. Ils sont éparpillés dans les différentes observations qui ont été publiées ; ils ne sont pas toujours tous réunis dans un cas donné, et aucun d'entre eux ne peut être considéré comme commun à tous les cas.

Ce qui a été décrit aux kystes du mésentère en général reste vrai pour les kystes mésentériques de l'enfant. Mais ceux-ci nous paraissent avoir une physionomie particulière que nous allons nous efforcer de dégager à la lumière des observations que nous avons pu recueillir et que nous rapportons. Cette particularité peut se résumer ainsi : *affections chirurgicales relativement rares, les kystes du mésentère sont plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte, chez la fille que chez le garçon. Il est rare que chez les enfants on les découvre fortuitement. Il est fréquent qu'ils se présentent sous leur forme compliquée occlusive ou sub-occlusive. Il existe actuellement des éléments sûrs d'un diagnostic précoce. Les progrès de la chirurgie réanimatrice rendent chaque jour de plus en plus leur pronostic excellent.*

Messieurs les Professeurs FÈVRE et HUGUENIN ⁽¹⁾, dans leur étude sur les aspects cliniques des kystes du mésentère de l'enfant, ont proposé le plan suivant : les formes occlusives, les formes simulant l'appendicite, la forme tumorale et les formes ascitiques ou péritonéales.

(1) FÈVRE et HUGUENIN, « Malformations tumorales et tumeurs de l'enfant ».

a) LES FORMES OCCLUSIVES

Elles sont à notre avis les plus fréquemment observées, du moins à l'hôpital. Il s'agit d'occlusion aiguë brutale d'emblée avec vomissements, douleurs, arrêt des matières et des gaz (*obs. n° 4*), ou de crise aiguë survenant sur un fond ancien de phénomènes sub-occlusifs (*obs. n° 2*), ou de crises larvées présentant des signes péritonéaux (*obs. n° 3*).

1° OBSERVATION N° 2 : Lec... Jean-Michel, un an.

Se présente en urgence suspect d'invagination. Il est envoyé par le médecin de ville qui signale qu'il présentait auparavant de l'incapacité et des vomissements qui semblaient au début être une erreur diététique : l'enfant avait changé de lait quatre à cinq fois en quinze jours, et il avait maigri de 100 grammes.

Il paraît souffrir de coliques violentes, est pâle, hypotendu, et vomit.

A la palpation de l'abdomen : *tumeur* arrondie bien lisse, indolore, médiane, de la taille d'un gros œuf.

On pratique un

LAVEMENT BARYTÉ le 26 novembre 1955.

« On trouve sur tous les clichés une *opacité ovoïde* de la taille d'un gros œuf refoulant le cæcum en haut, indépendant de l'appendice, s'inscrivant dans une courbe formée par l'iléon terminal dont les formations lymphatiques sont hypertrophiées. L'hypothèse d'un kyste du mésentère est la plus probable. »

L'examen du 25 novembre 1955 avait donné les clichés suivants (*fig. 1, 2, 3 et 4*).

2° OBSERVATION N° 4 : B... Martin, onze mois.

« Entre à l'hôpital des Enfants-Malades, en urgence, pour des douleurs abdominales avec vomissements, arrêt des matières et des gaz, sans rectorragie.

A son entrée : abdomen un peu ballonné ; on perçoit dans la fosse iliaque droite une tuméfaction allongée qui est interprétée par l'in-



Figure 1



Figure 2

Figure 3

Figure 4

FIG. 1, 2, 3, 4. Lec... Jean-Michel (*Obs.* n° 2)

terne de garde comme paraissant être un boudin d'invagination, bien qu'il soit plus habituel d'avoir un boudin médian et une fosse iliaque droite vide.

Toucher rectal négatif.

A la radiographie sans préparation :

— deux petits niveaux liquides ;

— quelques anses grêles un peu dilatées.

LAVEMENT BARYTÉ le 10 janvier 1954 (*fig. 5 et 6*).

INTERVENTION (Docteurs BOCQUENTIN - LEFRANC) :

« Incision de Mac Burney dans le but de vérifier s'il n'existe pas une invagination iléo-iléale ou les traces d'une iléo-cæcale désenvaginée.

Aucune lésion apparente sur le cæcum et la jonction iléo-cæcale, mais à 15 cm en amont de la terminaison de l'iléon, on découvre une tumeur sur le grêle développé dans le mésentère dans lequel il pénètre... »

Il y a donc lieu de considérer que des phénomènes sub-occlusifs ne signifient pas qu'ils se soient toujours produits par des phénomènes mécaniques. En tout cas, devant tout enfant présentant un syndrome occlusif sans cause évidente, il faut chercher par l'exploration abdominale et le toucher rectal une tumeur possible (FÈVRE, HUGUENIN).

Parfois l'occlusion apparaît plus volontiers sous la forme d'une *crise aiguë survenant sur un fond antérieur de phénomènes sub-occlusifs*.

1° OBSERVATION N° 7 : Sainte D... Marie-Thérèse, trois ans.

« Est adressée dans le service de chirurgie de l'hôpital Bretonneau, le 8 mars 1935, pour : douleurs abdominales et vomissements.

Depuis quatre jours, l'enfant vomit tout ce qu'elle prend, se plaint du ventre et n'a de selles que par lavement. L'enfant n'a pas de fièvre et semble avoir présenté les mêmes phénomènes il y a un mois, lesquels avaient tourné court en cinq jours.

On porte le diagnostic de volvulus du grêle.

FIGURES 5 et 6

B... Martin
(Obs. n° 4)



Lavement baryté
10 janvier 1954

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE (Professeur LEVEUF) :

« Laparotomie médiane. On trouve du liquide clair dans le ventre : des anses grêles violacées et collabées, des anses grêles normales. On se rend compte que la partie collabée est en *volvulus* à la partie initiale du grêle qui porte un *kyste du mésentère*... »

2° OBSERVATION N° 9 : M... Jacques, quatre mois.

Entre dans le service de chirurgie infantile de l'hôpital Saint-Louis, le 17 janvier 1946, pour des vomissements qui ont débuté depuis plusieurs semaines, survenant par intervalles séparés de périodes d'accalmie.

Plusieurs examens ont été pratiqués en clinique : examens radiologiques qui auraient éliminé une affection digestive et urinaire. Tous ces renseignements, d'ailleurs oraux, sont imprécis.

Par ailleurs, une *tumeur* aurait été aperçue au palper abdominal, tantôt à gauche, tantôt sur la ligne médiane. L'examen de l'enfant amaigri, très déshydraté, ne permet pas de sentir nettement la tumeur, mais une sorte de masse pâteuse que l'on pouvait facilement attribuer à une veine distendue. Le toucher rectal ne décèle rien.

L'enfant est passé à la radio. Le premier examen est mauvais. Le deuxième montre un estomac distendu. Il existe donc sur le grêle une sténose assez haut située. Malgré l'aspect cachectique de l'enfant, état qui s'est considérablement aggravé depuis vingt-quatre heures, on décide de l'intervention.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 19 janvier 1946 (Professeur FÈVRE) :

« Incision médiane à cheval sur l'ombilic. Des anses distendues sont suivies et mènent sur un *volvulus* du grêle qui paraît lui-même causé par le point d'appui d'un *kyste mésentérique* sur lequel s'étale un intestin complètement aplati. Incision. Evacuation de ce kyste dont les poches d'évacuation sont ensuite refermées. L'état de l'enfant met hors de question, devant ce kyste qui siège juste au ras de l'intestin, une résection intestinale.

Détorsion du *volvulus*. Les gaz passent du segment dilaté dans le segment sous-jacent non pas spontanément mais sous la pression du doigt. Fermeture.

Décès dans l'après-midi. »

3° OBSERVATION N° 10 : V... Jacqueline, neuf mois.

« Est envoyée dans le service de chirurgie de l'hôpital Bretonneau, le 2 février 1935, pour :

- des vomissements noirâtres apparus depuis vingt-quatre heures ;
- de la fièvre depuis trois jours ;
- absence de selles depuis la veille.

L'examen trouve une distension abdominale médiane et un clapotage péri-ombilical.

On porte le diagnostic d'occlusion du grêle par diverticule de Meckel.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE (Docteur GODARD) :

« Médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'un *volvulus* de la partie terminale d'une anse grêle au niveau d'un *gros kyste*, reliquat d'un diverticule de Meckel. Ce grêle est distendu au-dessus de la torsion. La torsion est un tour et demi dans le sens des aiguilles d'une montre... »

Voilà donc 3 cas de syndromes sub-occlusifs précédés de phénomènes semblables qui apparaissaient par intermittence ; dans les 3 cas, il s'agissait de *volvulus* et les seuls signes étaient les douleurs et les vomissements. Ces processus survenaient assez tôt puisque dans l'*observation n° 9* le sujet avait quatre mois et souffrait déjà depuis plusieurs semaines.

b) LES FORMES SIMULANT L'APPENDICITE

Elles réalisent des crises douloureuses accompagnées de constipation ou d'alternatives de diarrhée et de constipation. Ces crises douloureuses siègent dans la région péri-ombilicale, médiane, généralement sans défense ni température. La perception de la tumeur aiderait au diagnostic, car parfois la température s'élève à 38° et on peut voir une défense. Cette température correspondrait à la fièvre de résorption d'une éventuelle hémorragie intrakystique. Voici deux exemples de cette forme.

1° OBSERVATION N° 11 : B... Marcel, deux ans et demi.

Entre dans le service de chirurgie de l'hôpital Bretonneau, le 18 septembre 1937, pour :

- diarrhée datant de six jours ;
- vomissements alimentaires.

A son entrée à l'hôpital, il n'existe ni signes péritonéaux, ni signes occlusifs.

Sept heures plus tard, l'enfant est très agité et se roule dans son lit, il souffre dans la fosse iliaque droite.

A l'examen, on trouve une *contracture généralisée*, surtout marquée à droite. Le toucher rectal ne ramène pas de sang. Le facies est pâle et les yeux sont cernés, le pouls est faible et irrégulier.

On fait le diagnostic d'appendicite aiguë avec péritonite.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE :

« Incision de Mac Burney. *Pus en grande abondance dans la fosse iliaque droite.* Le cæcum est recouvert d'une petite fausse membrane et fixé à la paroi. On aperçoit en dedans une *tumeur* qui semble, au premier abord, être constituée par l'intestin grêle. Cette tumeur est noirâtre, très volumineuse ; on arrive difficilement à en faire le tour à la main.

On agrandit l'incision. La tumeur est alors extériorisée et on constate qu'il s'agit d'un *kyste* développé aux dépens du mésentère à la base de l'intestin grêle. Il est impossible de l'enlever sans réséquer l'intestin car les vaisseaux seraient obligatoirement coupés. Résection intestinale de 5 cm. Fermeture bout à bout par surjet total puis un surjet sous-séreux. »

2° OBSERVATION N° 3 : Legh... Bernard, quatre ans.

Entre dans le service de chirurgie des Enfants-Malades, le 27 avril 1954, pour :

- de la fièvre (39°4) ;
- des douleurs abdominales à droite ;
- de la nausée ;
- sans constipation ;
- une défense généralisée plus nette à gauche.

Examen :

- Toucher rectal normal.
- Angine rouge.
- Râles crépitants à la base gauche mais rien à signaler à la radio.
- Existence d'une double hernie inguinale.
- Urines : rien à signaler.
- Numération globulaire et formule leucocytaire : retenir 17.200 globules blancs et 83 % de polynucléaires.

Antécédents :

- 39° hier soir.
- 38° ce matin.
- Dysphagie.

Traitement d'attente :

Pénicilline : 1 million. Streptomycine : 0,50 g.

ABDOMEN SANS PRÉPARATION le 28 avril 1954 :

« Opacité homogène de toute la région correspondant au flanc et à l'hypocondre gauche. On note une ombre réniforme se profilant sur la colonne D₁₁-L₂. Les anses grêles sont refoulées à droite.

De profil : la masse se projette sur L₁-L₅. »

UROGRAPHIE INTRA-VEINEUSE le 30 avril 1954 :

« Fonctionnement et morphologie normaux. Mais il existe une surélévation du rein gauche et un refoulement léger de l'uretère en dedans. A signaler un élargissement et un flou de l'espace clair péri-rénal, une altération du bord du psoas. Les signes sont en faveur d'une collection péri-rénale, mais le fait curieux est le déplacement du rein en haut. » (Fig. 7 et 8.)

EXAMEN le 5 mai 1954 :

— *Voussure du flanc* et de la fosse iliaque gauche débordant sur les régions ombilicales et hypogastriques, causant une asymétrie abdominale.

— Ventre souple à droite. A gauche, moins souple mais non contracturé.

— Matité très nette remontant assez haut sur la ligne dixième côte - crête iliaque. Toute la partie gauche de l'abdomen est mate, sauf le creux épigastrique.



FIGURES 7 et 8

Legh... Bernard
(Obs. n° 3)

Urographie
intra-veineuse
30 avril 1954



— La percussion est douloureuse.

— Absence de contact lombaire.

LAVEMENT BARYTÉ le 6 mai 1954 (fig. 9 et 10).

« Refoulement en arrière et en dedans de la partie moyenne du côlon descendant sur lequel apparaît une image d'empreinte. L'angle splénique n'est pas déplacé. Le segment sigmoïdien garde une topographie normale. La graisse sous-péritonéale est visible. »

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE (Professeur FÈVRE, Docteurs ARVISET, MOREAU) :

« Incision médiane sus et sous-ombilicale qui mène sur une énorme tumeur polykystique à contenu clair, avec un énorme kyste bleuté allant à gauche jusque dans la fosse iliaque. C'est ce qui donnait l'ombre lombaire gauche visible à la radio.

Le kyste refoule le côlon descendant ; mais il existe d'autres poches kystiques, les unes jaune clair, les autres bleutées, qui paraissent encadrer le côlon transverse, envahissent l'épiploon, en particulier l'épiploon gastrosplénique et gastrocolique.

Le dégagement le plus difficile est celui du côlon transverse dont on arrive à garder les vaisseaux et dont la teinte reste parfaite. Nouvelle difficulté au niveau de la rate, le kyste s'étendant jusqu'au hile et jusqu'au niveau du pancréas.

Quelques points de catgut sur une brèche du mésotransverse. Hémostase. Fermeture. »

En somme, dans ce dernier cas, c'est un syndrome abdominal (pseudo-appendiculaire, pseudo-péritonéal), dû peut-être à l'angine, qui donna le premier pas.

c) LA TUMEUR

Dans des cas plus rares chez l'enfant (1 sur 5, selon FÈVRE et HUGUENIN), la tumeur est le seul symptôme. Elle est découverte fortuitement, n'ayant jamais entraîné de troubles :

OBSERVATION N° 1 : Zim... Pierre, deux ans et demi.

« Entre dans le service de chirurgie de l'hôpital des Enfants-Malades, le 26 octobre 1954, pour :

— une masse abdominale découverte en mai 1953 ;

— n'ayant entraîné aucun trouble digestif.



FIGURES 9 et 10

Legh... Bernard
(Obs n° 3)

Lavement baryté
6 mai 1954



Il s'agit d'une masse centrale occupant la majeure partie de l'abdomen, de forme ovale, remontant jusqu'au foie, dont on perçoit le bord inférieur et atteignant en bas la région sus-pubienne, plus étendue à droite qu'à gauche. De surface irrégulière, indolore, mobile, opaque aux rayons X.

On a pratiqué un examen radiologique qui conclut à un *tératome* à développement antérieur. » (Fig. 11, 12 et 13.)

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 27 octobre 1954 (Professeur FÈVRE, M. GOUIN) :

« Médiane sus et sous-ombilicale. On commence la dissection pas à pas. On trouve un gros kyste qui voisine avec des parties solides. On continue la dissection en mettant un doigt dans la poche. Ceci amène une dissection jusqu'au niveau du pancréas et des vaisseaux mésentériques. Blessure latérale probable de la veine mésentérique. L'intestin se présente avec un segment bleuté depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'en bas. On ne voit pas battre cette portion, mais elle s'améliore au sérum chaud et, d'autre part, on voit des mouvements péristaltiques sur toute la longueur de l'intestin. On décide donc la réintégration. Fermeture. »

HISTOLOGIE (18 novembre 1954) :

Elle conclut à un *tératome* histologiquement bénin.

d) FORMES ASCITIQUES OU PÉRITONÉALES

Pour illustrer les formes ascitiques ou péritonéales, rappelons le cas rapporté par EURIN-SAUNIER : il s'agissait d'un petit garçon de six ans (André C...) qui consultait dans le service du Professeur I. PETIT, à Rouen, parce que :

- depuis un an, il vomit et voit son ventre augmenter de volume ;
- présente des douleurs de type « coliques » ;
- de la boulimie.

« Il est maigre, avec un « ventre de batracien » évoquant une *ascite tuberculeuse*, mais très fluctuante au point qu'au moindre toucher se produisent des ondes péristaltiques. Il a d'abord été soumis à une cure héliothérapique qui n'a pas donné de résultat. Le ventre n'est pas proéminent et il n'existe pas de signes évidents de tuberculose entéro-péritonéale.

L'intervention, six mois plus tard, montra une énorme tumeur ressemblant à un gros lipome (ou à une péritonite encapsulante tant elle était volumineuse).



Figure 11 (10 h 10)



Figure 12 (10 h 15)



Figure 13 (11 h 45)

FIGURES 11, 12, 13 : Zim... Pierre (*Obs. n° 1*)

Il siégeait sur le bord intestinal à 15 cm de l'angle duodéno-jéjunal et dépendait en réalité du mésentère. On en tira 4,500 l de liquide. On réséqua 10 cm du grêle. »

Un autre exemple de forme ascitique est notre observation suivante qui a l'avantage de montrer à la fois un cas d'ascite et un cas où toute une symptomatologie domine le tableau, faisant porter un tout autre diagnostic :

OBSERVATION N° 6 : Ap... Claude, trois ans.

Entre dans le service de chirurgie de l'hôpital des Enfants-Malades, le 21 mars 1955, avec le *diagnostic d'hépatosplénomégalie*.

Antécédents : allaitement maternel pendant les deux premiers mois, puis lait Nestlé pendant sept mois.

En août 1952, le médecin lui a trouvé (à l'âge de sept mois) une hépatosplénomégalie avec :

- gros foie sans ascite ni circulation collatérale ;
- sans troubles digestifs.

Les examens biologiques étaient :

- protéines totales : 67 g ; sérum-albumine/sérum globuline = 3,5 ;
- cholestérol : 1,65 ;
- rapport cholestérol : 0,54 ;
- urée sanguine : 0,35 ;
- glycémie : 0,90 ;
- urines normales.

Le diagnostic du médecin était celui d'hépatomégalie de surcharge. Il prescrivit :

- pélargon ;
- protéolysat ;
- méthionine ;
- vitamine B et C.

En novembre 1952, l'enfant est revu par le même médecin qui maintient le régime avec en plus cette fois de la viande en bouillons. Ce régime est suivi jusqu'à l'âge de seize mois. Il y aurait eu amélioration nette avec diminution du volume du foie.

A l'examen du 21 mars 1955 :

- gros foie, rate palpable ;
- circulation collatérale nette ;
- le poids n'a pas varié.

On pense à une malformation portale et on conduit l'enfant à l'hôpital pour bilan :

- poids : 14 kg ; taille : 0,91 m ;
- abdomen volumineux, distendu ;
- une zone de matité fixe ;
- ascite non libre, pas de signe de flot ;
- le foie déborde de deux travers de doigt la ligne mammaire. »

Ce foie, c'était en réalité la tumeur ! On la sentait aussi dans l'hypocondre gauche où elle paraissait couverte de nodosités, indolente, mobile avec les mouvements respiratoires, donnant le contact lombaire selon certains, ne le donnant pas selon d'autres.

RADIOGRAPHIE DE L'ABDOMEN SANS PRÉPARATION :

« On trouve une image gazeuse colique refoulée par des images non aériques. L'angle gauche du côlon semble refoulé vers le haut par une masse. Au sein de cette masse, des calcifications disséminées qu'on retrouve sur le cliché de profil. Présence d'une vertèbre surnuméraire. »

UROGRAPHIE INTRA-VEINEUSE :

« A gauche, ombre rénale augmentée de volume et refoulée en dehors. De ce côté, des cavités sont basculées ou certainement déformées (à l'exception d'une discrète hydronéphrose).

De plus :

- masse non aérique dans la F.I.D. ;
- déformation de la moitié inférieure du rein droit ;
- des calcifications supra-rénales gauches. »

INTERVENTION (Docteur PELLERIN) :

A découvre une *tumeur kystique trilobée* que l'histologie a identifié à un dysembryome complexe mais bénin. On en a vu plus haut le compte rendu opératoire et l'examen histologique.

Mise à part la forme « tumorale pure », toutes les formes que nous venons de décrire aux kystes du mésentère de l'enfant ne sont en réalité, on le voit, que les complications de la maladie. C'est que chez l'enfant, et surtout l'enfant très jeune, ce sont les formes com-

pliquées qui, de loin, sont les plus fréquentes. Il est rare que la tumeur ait été découverte fortuitement (2 sur 11 de nos cas). Il est par contre fréquent de voir arriver le jeune malade soit pour des troubles digestifs légers, soit pour des épisodes sub-occlusifs à répétition qui ont altéré l'état général, soit pour un syndrome abdominal aigu grave. Ce sont eux qui attirent l'attention sur la tumeur qui, si elle est palpable, confirme ou suggère le diagnostic. Ce sont eux qui dominent le tableau clinique. Si bien que l'on peut dire que chez l'enfant jeune, la symptomatologie des kystes du mésentère se confond avec leurs complications : les occlusions par volvulus (6 sur 11 cas), par compression extrinsèque du grêle ou par compression portale (ascite) ; les syndromes pseudo-appendiculaires, pseudo-péritonéaux (par rupture, ou par infection intercurrente, ou par voie réflexe). Cette symptomatologie prise isolément est évidemment atypique et variée ; mais avec la notion de tumeur abdominale, elle acquiert une autonomie. Au reste, nous avons dit plus haut combien ces appendicites, ces occlusions, ces péritonites, ces ascites pouvaient différer de l'appendicite vraie, de la péritonite vraie.

La tumeur reste donc le substratum du diagnostic positif. On s'attachera à la découvrir, à en apprécier les caractères et la situation.

La radiographie sans préparation, le lavement baryté, l'urographie intraveineuse, le pneumopéritoine ne peuvent que faire soupçonner ou confirmer indirectement le diagnostic.

Mais si la radiologie avait permis dans l'observation n° 1 ci-dessus de faire un diagnostic pré-opératoire, si elle a permis dans l'observation n° 6 d'identifier ce qu'on croyait être un gros foie et une grosse rate et qui n'était en réalité qu'une grosse tumeur trilobée, bien souvent elle ne peut, à elle seule, suffire. Voici une observation « hors série » où la radiologie, même aidée de la présence visible de la tumeur, n'a pu établir la situation intra ou extramésentérique :

Qu... Jean-Claude, neuf ans.

Entre dans le service de chirurgie des Enfants-Malades pour une tumeur abdominale qui avait été vue à la consultation du 8 mars 1955.

Il s'agit d'une tumeur allant du nombril au pubis :

- indolente ;
- mobile, multilobée, non adhérente à la peau ; . .
- sans troubles digestifs ;
- ni fièvre ;
- ni atteinte de l'état général.

LAVEMENT BARYTÉ le 8 avril 1955 :

« Bonne progression du lavement, cadre colique en place. Pas d'anses grêles à la partie médiane et antérieure de l'abdomen. Tumeur médiane et antérieure qui laisse en place le cadre colique. Elle détermine une compression extrinsèque du bord interne du bas-fond caecal. »

Un premier examen radiologique avait montré le 15 mars 1955 (*fig. 14 et 15*) :

Le 12 avril 1955, nouvel examen clinique. On conclut à une tumeur mésentérique.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 17 avril 1955 (Docteur ARVISET) :

« Tumeur de la taille d'une tête d'enfant, d'aspect malin, développée dans le grand épiploon.

Résection du grand épiploon par décollement colo-épiploïque et ligature étagée au niveau de la grande courbure de l'estomac. Poids : 800 g. »

Quant au diagnostic différentiel, il n'est pas aisé non plus. Il faut localiser la tumeur et éliminer :

a) Dans les cas de tumeur isolée :

- les hépatomégalies ;
- les splénomégalies ;
- les hydronéphroses et tumeurs rénales ;
- les lipomes de la paroi abdominale ;
- les kystes de l'ovaire ;
- les kystes hydatiques ;
- les kystes pancréatiques ;
- les kystes du grand épiploon.

b) Dans le cas des formes compliquées :

- l'appendicite vraie ;
 - les occlusions d'autre nature ;
 - les complications d'un kyste de l'ovaire (torsion, enclavement, etc.).
-

FIGURES 14 et 15

Qua... Jean-Claude



15 mars 1955

CHAPITRE VI

ÉVOLUTION

L'évolution des kystes du mésentère se caractérise par une période plus ou moins longue d'accroissement progressif — période absolument indolente — jusqu'à ce qu'un jour éclatent ou non les complications : occlusion, péritonite, etc.

Mais ce schéma n'est pas toujours rencontré. Les kystes du mésentère de l'enfant plus que ceux de l'adulte et du vieillard se manifestent tôt par des crises douloureuses paroxystiques abdominales séparées par des périodes d'accalmie. Mais ces crises sont rarement rattachées aux kystes ; on les appelle volontiers : intolérance alimentaire, infection intestinale, etc. De sorte que c'est toujours sous les formes compliquées qu'on les voit à l'hôpital et que l'étude clinique se résume à l'étude des complications occlusives. Nous ne reprendrons pas la symptomatologie de ces complications.

Les crises sub-occlusives seraient dues au volvulus partiel de l'anse grêle, enroulées autour du kyste. Quant à l'occlusion vraie aiguë, ce sont tantôt des kystes bilobés qui enserrant l'anse intestinale, tantôt des kystes para-intestinaux qui compriment l'anse intestinale. Le kyste peut aussi imprimer à l'anse grêle la forme d'un fer à cheval dont les extrémités rapprochées forment une sorte de pédicule pouvant tenir lieu d'axe de rotation de la tumeur et de l'anse. Selon LOMBARD, les entérokystomes juxta-intestinaux provoquent plus volontiers une invagination. Enfin, on peut à l'origine du syndrome occlusif invoquer un facteur dynamique : le tiraillement des plexus nerveux mésentériques en dehors de tout phénomène de complications, crée un iléus.

Les phénomènes occlusifs sont tellement fréquents chez l'enfant qu'il faudrait les considérer beaucoup plus comme forme clinique commune que comme complication ; si bien qu'au chapitre des complications, il ne reste plus à retenir que :

Les *compressions* vasculaires ou urétérales : l'ascite et la circulation collatérale, l'œdème des membres inférieurs en sont, à un stade avancé du développement, la manifestation clinique. Elle gêne alors considérablement le diagnostic. Notre *observation n° 6* en est un bel exemple. La compression intestinale, lorsqu'elle ne donne pas une occlusion vraie, peut réaliser une nécrose (*obs. n° 1*).

L'*infection*, lorsqu'elle survient (angine ou grippe), peut être responsable de certains épisodes douloureux et entraîner des remaniements histologiques dans le voisinage de la tumeur, qui rendront l'énucléation malaisée.

La *rupture* a été signalée chez les adultes (ELIASON a vu une perforation de kyste chylifère en 1935), de même que l'hémorragie intrakystique. Elle entraîne un syndrome péritonéal parfois grave ; et on a rapporté le 6 avril 1930, à la Société de Chirurgie de Paris, un cas observé par CHAUVANET DE THOUARS.

BROCA a observé un kyste enclavé dans un sac herniaire chez l'enfant.

La *transformation maligne*, déjà rarissime chez l'adulte, est pratiquement inexistante chez l'enfant. Les tumeurs malignes de l'enfant ne peuvent être que primitivement malignes, telles certaines tumeurs solides du mésentère. Certains tératomes kystiques ont un potentiel évolutif tel, qu'à leur niveau bénignité et malignité ne sont pas toujours facilement tranchables.

Les kystes du mésentère sont une affection bénigne en soi ; mais au fur et à mesure que la tumeur s'accroît, elle entraîne des troubles qui retentissent sur l'état général, et tant qu'elle n'est pas décelée elle laisse le malade sous la menace de complications redoutables.

CHAPITRE VII

THÉRAPEUTIQUE

Tous les auteurs sont d'accord sur le fait que la thérapeutique des kystes du mésentère est uniquement chirurgicale. Mais ils ont proposé des méthodes différentes dont chacune a eu sa vogue, ses partisans, ses détracteurs.

La ponction a été pendant longtemps pratiquée. Elle fut défendue par beaucoup d'auteurs, parmi lesquels AUGAGNEUR ; mais c'est un procédé aveugle, dangereux et inefficace. Un malade de RECLUS ne fut-il pas ponctionné à cinq reprises ? Il faut rejeter la ponction tout comme ont été rejetées les injections intra-kystiques à la Bobroff de liquide caustique.

La marsupialisation apparut comme une méthode peu choquante, mais elle comptait des risques de fistulisation, d'infection secondaire, d'iléus par fixation de l'intestin et surtout de chylorragie qui déprimait l'état général du sujet. HOUZEL la préconisait encore en 1910. En 1912, SOUBEYRAN la considérait comme un pis-aller. Aujourd'hui, on la réserve à titre très exceptionnel aux kystes rétro-péritonéaux difficilement extirpables du fait des adhérences étroites qu'ils ont avec la paroi abdominale postérieure.

L'énucléation, la résection partielle, l'énucléo-résection ont actuellement la faveur de tous. Entendez par énucléation, l'enlèvement en bloc de la tumeur suivant un plan de clivage. C'est une méthode de choix, mais ceux qui la préconisent reconnaissent qu'elle n'est pas toujours réalisable. VACHER écrit : « L'énucléation doit toujours être tentée en sachant que les kystes dermoïdes et les kystes entéroïdes sont plus aisément énucléables. Pour peu qu'on ait de la difficulté (adhérences, état de l'anse intestinale), l'énucléation sera complétée par l'entérectomie avec rétablissement immédiat de la continuité intestinale. Si l'état du malade ne le permet pas, on se contentera d'une marsupialisation. » Entendez par résection partielle, celle qui laisse en place le segment adhérent de la poche pour ménager les vaisseaux mésentériques. Quant à l'énucléation-résection, elle a pour but d'enlever en bloc la tumeur et le segment mésentéro-intestinal intéressé.

PROUST et MONOD qui la préconisèrent, déclarent que la résection mésentérique étant forcément cunéiforme et tangente aux extrémités du grand diamètre de la tumeur, il y a lieu de réséquer un segment intestinal plus étendu que le diamètre tumoral, afin que les deux extrémités anastomosées soient bien nourries.

Mais l'indication de ces trois derniers procédés opératoires dépend de facteurs anatomiques, histologiques et évolutifs : le mésentère comprend schématiquement de part et d'autre de l'artère mésentérique supérieure, deux champs : l'un, à gauche correspond au segment prévitellin du grêle ; l'autre, à droite, correspondant au segment postvitellin du grêle, est mince, perforé parfois, réduit à deux lames séreuses accolées, et comporte des vaisseaux qui rappellent la vascularisation du gros intestin. A ces champs correspondent deux courants lymphatiques : le premier courant est « jéjunal », disposé en éventail, et aboutit dans un collecteur commun situé dans la racine du mésentère autour du tronc de la veine mésentérique supérieure ; le second courant est « iléal » et aboutit dans le collecteur du côlon droit au niveau de l'angle iléo-cæcal. La racine du mésentère est oblique, en bas et à droite de la jonction duodéno-jéjunale à la jonction iléo-cæcale. Elle suit le quatrième duodénum, longe le pancréas, le troisième duodénum, la veine cave inférieure, atteint en bas l'iliaque primitive, croise le psoas, l'uretère, les vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens. Enfin, nous avons dit que les kystes du mésentère, au cours de leur évolution, peuvent contracter des adhérences avec les organes en rapport immédiat avec le mésentère (grand épiploon, vaisseaux prévertébraux), qu'ils modifient le mésentère lui-même qui s'amincit et devient transparent, ou s'œdématie et devient fibreux, parcouru de « varices » lymphatiques. Nous avons dit que parfois le kyste refoule et éparpille les branches vasculaires sur sa surface ou, en grossissant, pousse des prolongements à travers les lunettes vasculaires, et qu'il a presque toujours un pédicule vasculo-nerveux. C'est dire qu'en cours d'intervention, il peut se produire des blessures vasculaires, intestinales, mésentériques (avec nécrose secondaire), des tiraillements ou lésions des plexus nerveux.

En règle générale, on peut dire que les tumeurs juxta-intestinales ou près des arcades bordantes relèvent d'emblée de l'énucléo-résection ; que pour les tumeurs éloignées de l'anse intestinale et de la racine du mésentère, l'énucléation est possible et indiquée ; que les kystes en regard de la racine du mésentère, s'ils ont un plan de clivage, nécessitent l'énucléation, mais s'ils n'en ont pas, ils nécessitent la résection partielle. En fait, la méthode à choisir (la ponction et la marsupialisation étant éliminées) dépend toujours de ce que l'on trouve à la laparotomie. Nous reproduisons ci-après les

comptes rendus opératoires de certaines de nos observations ; ils auront l'avantage de montrer les données qui se présentent et l'attitude qu'il faut prendre. Ils auront l'avantage aussi de montrer pourquoi il est impossible de dire que tel procédé opératoire est indiqué dans tel cas précis de kyste du mésentère :

1° OBSERVATION N° 11 : B... Marcel, deux ans et demi.

Entré à l'hôpital Bretonneau avec diagnostic d'appendicite aiguë avec péritonite.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE :

« Incision de Mac Burney. Pus en grande abondance dans la fosse iliaque droite. Le cæcum est recouvert d'une petite fausse membrane et fixé à la paroi. On aperçoit en dedans une tumeur qui semble, au premier abord, être constituée par l'intestin grêle. Cette tumeur est noirâtre, très volumineuse ; on arrive difficilement à en faire le tour à la main. On agrandit l'incision. La tumeur est alors extériorisée et l'on constate qu'il s'agit d'un *kyste développé* aux dépens du mésentère, à la base de l'intestin grêle. Il est impossible de l'enlever sans réséquer l'intestin, car les vaisseaux seraient obligatoirement coupés.

Réséction intestinale d'environ 5 cm. Fermeture bout à bout par un surjet total puis un surjet sous-séreux. Petit drain dans la fosse iliaque. Fermeture musculaire en un plan. Crins sur la peau.

EXAMEN HISTOLOGIQUE :

Entérokystome.

2° OBSERVATION N° 9 : M... Jacques, quatre mois.

Entré en janvier 1946 pour un syndrome sub-occlusif datant de plusieurs semaines. La radio fait soupçonner une sténose du grêle, haut située.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE (Professeur FÈVRE) :

« Incision médiane à cheval sur l'ombilic. Des anses distendues sont suivies et mènent à un volvulus du grêle, qui paraît lui-même causé par le point d'appui d'un kyste mésentérique sur lequel repose

un intestin complètement aplati. Incision. *Evacuation et ponction de ce kyste dont les poches d'évacuation sont ensuite refermées.* L'état de l'enfant met hors de question, devant ce kyste qui siège juste au ras de l'intestin, une résection intestinale.

Détorsion du volvulus. Les gaz passent du segment dilaté dans le segment sous-jacent, non pas spontanément mais sous la pression du doigt. Fermeture de la paroi en remettant le complément d'intervention en des temps ultérieurs si l'enfant survit. Décès dans l'après-midi. »

EXAMEN HISTOLOGIQUE :

Lymphangiome kystique avec réserve d'entérokystome.

3° OBSERVATION N° 4 : B... Martin, onze mois.

Entre à l'hôpital des Enfants-Malades pour douleurs abdominales et vomissements, accompagnés d'une tuméfaction abdominale perceptible dans la fosse iliaque droite.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 10 janvier 1954 :

a) BOCQUENTIN - LEFRANC

« Incision de Mac Burney dans le but de vérifier s'il n'existe pas une invagination iléo-iléale où les traces d'une iléo-cæcale désenvaginée. Aucune lésion apparente sur le cæcum et la jonction iléo-cæcale, mais à 15 cm en amont de la terminaison de l'iléon, on découvre une tumeur sur le grêle, développée sur le mésentère dans lequel il pénètre en partie. Grosseur d'un œuf de poule, très tendu, à contenu liquidien. La ponction ramène 10 cm³ environ de liquide d'aspect séro-fibrineux. Les opérateurs essaient de cliver cette tumeur pour en pratiquer l'exérèse au cours de la dissection, ouvrant la tumeur elle-même. La paroi saigne comme une paroi intestinale. Ils renoncent à l'exérèse et font appel au Docteur PELLERIN. »

b) PELLERIN - BOCQUENTIN

« Il n'est pas possible de faire le clivage de cette tumeur entéroïde, de type duplication du tube digestif, et on décide de faire, par principe, une résection segmentaire.

RÉSECTION DE 10 cm du grêle.

Anastomose termino-terminale bord à bord. Deux plans à points séparés à la soie. Fermeture pariétale sans drainage.

Il s'agissait d'un KYSTE ENTÉROÏDE *développé dans la paroi propre de l'iléon terminal* et empiétant sur le mésentère. Il était formé de deux cavités adjacentes : une cavité du grêle et une cavité kystique. On a reproduit plus haut l'examen histologique. »

4° OBSERVATION N° 1 : Z... Pierre, deux ans et demi.

Entre à l'hôpital des Enfants-Malades, en octobre 1954, pour une masse abdominale découverte en mai 1953 et n'ayant jamais entraîné de troubles.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE — 27 octobre 1954 (Professeur FÈVRE) :

« Médiane sus et sous-ombilicale. Le tératome *siège en plein mésentère*. On commence la dissection pas à pas. On ouvre un *gros kyste* qui voisine avec des parties solides, on continue la dissection en mettant un doigt à l'intérieur de la poche. Ceci amène une dissection jusqu'au niveau du pancréas et des vaisseaux mésentériques. Blessure latérale, vraisemblablement de la veine mésentérique. L'intestin se présente avec un segment gris bleuté depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à assez bas. On ne le voit pas battre dans cette partie mais il s'améliore au sérum chaud et, d'autre part, on voit des mouvements péristaltiques sur toute la longueur de l'intestin. On décide donc la *réintégration*.

Hémostase. Pénicilline. Fermeture péritonéale, aponévrotique, cutanée. »

Somme toute, la chirurgie des kystes du mésentère de l'enfant ne se distingue pas de la chirurgie intestinale en général. La conduite à tenir dépend de ce que l'on trouve à la laparotomie. L'essentiel est de retenir que la plus grande minutie doit être observée en cours d'intervention ; que la vascularisation et l'innervation intestinales doivent être conservées ; enfin, que l'intervention ne doit pas être retardée, d'autant plus que les progrès de l'anesthésie et de la réanimation ont considérablement amélioré le pronostic opératoire.

CONCLUSIONS

Il nous a paru possible de dégager du domaine trop vaste des tumeurs kystiques du mésentère, un cadre nosologique propre à l'enfant.

Les kystes du mésentère de l'enfant ont la particularité d'être plus fréquents que ceux de l'adulte, de n'être vus — du moins à l'hôpital — que dans la forme compliquée généralement occlusive. Il s'agit le plus souvent de tableaux d'occlusion aiguë par volvulus ; mais parfois ce sont des troubles digestifs survenant par crises longtemps mises sur le compte des erreurs diététiques, et qui ont fini par retentir sur l'état général de façon si impressionnante, qu'ils peuvent peser sur le pronostic opératoire.

Leur diagnostic positif, comme chez l'adulte, repose sur la découverte de la tumeur dont les caractères essentiels sont :

- Tumeur lisse, arrondie ou ovale, rénitente ou élastique ou dure, mobilisable transversalement, donnant au cours des mouvements le « ballotement intra-abdominal ».
- Augmentation progressive du volume du ventre.
- Défense abdominale réflexe au cours des crises douloureuses.
- Evolution par « secousses » ou par « bonds ».

Quand cette tumeur est cliniquement évidente, la radiographie sans préparation, le lavement baryté, l'urographie intra-veineuse ou parfois la cholangiographie viennent indirectement confirmer le diagnostic. Quand la tumeur n'est pas évidente, ils viennent suggérer le diagnostic.

Il faut éliminer du cadre des kystes mésentériques de l'enfant les hématomes enkystés qui ne sont pas des kystes puisqu'ils n'ont pas de paroi propre, les kystes hydatiques qui relèvent de l'échinococcose en général. Il faut comprendre dans les kystes du mésentère aussi bien ceux des mésocôlons que ceux du mésentère proprement dit.

Il faut rejeter les conceptions pathogéniques qui ont pu être acceptables chez l'adulte et le vieillard (théorie inflammatoire chronique en particulier) et ne retenir que l'origine congénitale.

Que l'on explique cette origine congénitale d'après la théorie des inclusions fœtales ou par la théorie blastomérique de WILMS, cela importe peu, d'autant plus que les enclavements ou inclusions s'expliquent eux-mêmes par la théorie blastomérique. Dans cette acceptation, les tumeurs kystiques mésentériques sont toutes des embryomes (nous voulons dire des tumeurs formées à partir d'éléments existant au cours de l'embryogenèse), et nous adoptons la classification suivante :

1° Embryomes dont la structure rappelle des éléments de la région entéro-mésentérique (qu'ils soient spéciaux à cette région ou qu'ils soient communs à cette région et d'autres territoires de l'économie), lymphangiomes kystiques, kystes entéroïdes.

2° Embryomes dont la structure rappelle des éléments qui n'appartiennent pas normalement à la région entéro-mésentérique : les dysembryomes kystiques.

Ainsi on a :

Lymphangiomes kystiques :

- kystes sêreux (sont communs avec d'autres territoires);
- kystes chyleux (sont intra-mésentériques spécialement).

Kystes entéroïdes :

- kystes entéroïdes vrais (sont communs avec l'espace rétro-péritonéal);
- kystes meckeliens (sont propres à la région entéro-mésentérique).

Dysembryomes kystiques :

- kystes dermoïdes ;
- kystes tératoïdes ;
- kystes wolffiens, müllériens, surrénaliens (sont spéciaux à la région mésocolique et à l'espace rétro-péritonéal).

Tous ces embryomes kystiques relèvent de l'intervention chirurgicale, au cours de laquelle deux notions doivent être présentes à l'esprit : la recherche du plan de clivage et de la localisation par rapport à l'anse intestinale. Selon le cas, on fera une énucléation, une résection partielle, ou une énucléo-résection.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
FEVRE

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

RÉSUMÉ

Introduction
Historique
Anatomopathologie
Pathogénie
Clinique
Evolution
Thérapeutique
Conclusions

* *

I. — DANS LE CHAPITRE DE L'HISTORIQUE

Nous avons voulu montrer que l'histoire des kystes du mésentère de l'enfant est inséparable de celle des kystes du mésentère en général, laquelle a passé par plusieurs périodes pouvant se ramener à peu près au schéma qu'en a fait BRACQUEHAYE :

- 1° période de découverte d'autopsie :
- 2° période des erreurs de diagnostic ;
- 3° période de diagnostic clinique et opératoire.

II. — LE CHAPITRE DE L'ANATOMOPATHOLOGIE

Indique les caractères macroscopiques et histologiques, ainsi que les situations anatomiques des catégories de kystes que nous avons considérés comme seuls à comprendre dans les kystes mésentériques de l'enfant :

- les lymphangiomes kystiques (chyleux, séreux simples, ou multiples) ;
- les entérokystomes (origine intestinale, meckelienne, etc.) ;
- les dysembryomes (dermoïdes, wolffien, surrénalien, müllérien, térétoïde).

Et nous avons donné pour chaque cas des observations comportant le compte rendu opératoire et l'examen histologique.

III. — LE CHAPITRE DE LA PATHOGÉNIE

Rappelle brièvement les principales théories qui ont été avancées, retient la théorie congénitale et l'explique par la théorie blastomérique de WILMS, ou, ce qui revient au même, par la théorie des inclusions fœtales.

IV. — LA CLINIQUE

— Reprend les principaux caractères cliniques qui ont été décrits au sujet des kystes du mésentère en général et qui sont valables dans l'ensemble pour les kystes de l'enfant.

— Reproduit les observations pour mettre en lumière ce qui peut être considéré comme particularité des kystes du mésentère de l'enfant :

- la fréquence ;
 - la découverte presque toujours sous la forme compliquée ;
 - la facilité de diagnostic parfois ;
 - les apports de la radiologie dans ce diagnostic ;
 - l'absence de dégénérescence maligne.
- Enfin, rappelle le diagnostic différentiel.

V. — L'ÉVOLUTION

Comprend en réalité le rappel des différentes complications qui ont été décrites :

- occlusion (mécanique ou dynamique) ;
- compression (ascite, constipation, dysurie) ;
- l'infection ;
- la rupture avec ou non péritonite ;
- la cancérisation.

Et considère que pratiquement les complications se confondent chez l'enfant avec les tableaux cliniques courants.

VI. — LA THÉRAPEUTIQUE

Dans ce chapitre, on a rappelé les différents procédés opératoires qui ont été préconisés :

Rejeté la ponction et la marsupialisation.

Retenu l'énucléation, la résection partielle, l'énucléation-résection.

Donné pour chacun de ces trois derniers procédés des indications opératoires à l'aide d'exemples concrets.

VII. — ENFIN LA CONCLUSION

Est un résumé des différents chapitres : les kystes du mésentère de l'enfant ont les caractères d'ensemble déjà décrits par plusieurs auteurs aux kystes du mésentère en général.

Ils ont la particularité d'être souvent vus dans les formes compliquées et d'être aujourd'hui d'un diagnostic aisé.

Ils sont tous d'origine congénitale et sont des embryomes.

Leur évolution est bénigne et leur thérapeutique simple pour peu que :

- l'état général du sujet permette l'intervention idéale ;
 - que la vascularisation et l'innervation intestinales et mésentériques soient parfaitement conservées ;
 - que l'on rejette les méthodes désuètes et inefficaces que sont la ponction et la marsupialisation.
-

BIBLIOGRAPHIE

(Ouvrages consultés, lus ou cités)

- AIEVIOLI. — Morgagni, 1935.
- ACHE et PEYRE. — *Arch. Méd. Enf.*, 1908, 253.
- AUGAGNEUR. — Tumeurs du mésentère. (*Th. Agr.*, Paris, 1886.)
- BENEVIENI. — De abd. non. mir. morb. e san. causis. (Florence, 1507.)
- BISCAYE (R.). — Des kystes hydatiques du mésentère. (*Th. Méd.*, Montpellier, 1905.)
- BOURDE et MOSINGER. — *Journal Chir.*, 1937.
- BRAMANN. — *Arch. Gen. Klinisch.*, 1887.
- BRAQUEHAYE. — *Arch. Gén. Méd.*, 1892.
- BROCA et DANIEL. — *Revue Gynéc. Chirug. Abd.*, 1905.
- CALZOLARI. — *Pol.*, 1931.
— *Clin. Obst. Gyn.*, 1945.
- CACIRO. — *Semana Med.*, Buenos-Ayres, 1924.
- COLLET. — Kystes du mésentère. (*Thè Méd.*, Paris, 1884.)
- COLLINS et BERDEZ. — *Arch. of Surg.*, 1934, n° 12.
- CORNIOLEY. — *Lyon Chir.*, 1926, n° 23.
- CUNÉO. — *Arch. Gén. Chir.*, 1919, 200, 65.
- CHATAIN (Y.). — Les kystes du mésentère. (*Sem. des Hôp.*, 18 juin 1952.)
- DÉFICIS (M.). — Tumeurs solides du mésentère, (*Th. Méd.*, Montpellier.)
- DESGOUTTE et RICARD. — *Journ. Chir.*, 1928, 269.
- DOWD. — *Annals of Surgery*, 1900, 32.
- DRUCBERT. — *Arch. Gén. Chir.*, 1908, 11, 140.
- EURIN-SAUNIER. — *Th. Méd.*, Paris, 1935.
- FRENTZEL. — *Deutsch. Zeit. für Chir.*, 1892, 33, 129.
- ELIASON. — *Annals of Surg.*, juin 1935, 1452-1455.

- FÈVRE et HUGUENIN. — Malformations tumorales et tumeurs de l'enfant.
- FORGUE. — Traité de Pathologie externe. Tome 2. (Paris, Doin édit.)
- GIROUD et LELIÈVRE. — Traité d'embryologie. (Le François, 1948, 3^e édit.)
- HAHN. — *Berliner Klinisch Woch.*, 1887, 24, 208.
- HAKINS. — *Ann. of Surg.*, 1911, 53.
- HEPP. — Précis de pathologie chirurgicale. (Masson édit., 1947.)
- HINZ. — *Arch. für Klinisch. Chir.*, 1910, 91, 543.
- HOUZEL. — Voir KIRMISSON.
- KIRMISSON. — *Bull. et Mém. de Soc. Chir. Paris*, 28 février 1912.
- KLEMM. — *Virchow's Arch.*, 1905, 541.
- KLEFSTAD-SILLONVILLE. — *Thèse*, Paris, 1892.
- LAUGHTON, in VIDAL. — *Thèse Méd.*, Paris, 1947.
- LECÈNE. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1924, 200.
- LE MONIER. — *Bull. Mens. Soc. N. Chir. Paris*, 1925.
- LEVISON et WOLFSOHN. — *Californ. and West. Med.*, 1926, 480.
- MARTIN (A.). — Kystes du mésentère chez le nourrisson. (*Sem. des Hôp. Paris*, 1932.)
- MÉNÉGAUX. — Pathologie chirurgicale. Tome 2. (Masson édit., 1952.)
- MOYNITHAN, in CHATAIN. — *Ann. of Surg.*, 26 janvier 1897.
- MOUCHET et CHATAIN. — *Paris Méd.*, 1947.
- NIOSI. — *Virchow's Arch.*, 1907, 190.
- OMBRÉDANNE (L.). — Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile. (Masson édit., 1949.)
- PAKOWSKI. — Kystes dermoïdes. (*Arch. Gén. Chir.*, 1912, VIII.)
- PÉAN. — Leçons de Chirurgie, 1877.
- PENBERTY. — *Ann. of Surg.*, 1938, CVII, 566-571.
- POTAIN, in EURIN-SAUNIER.
- PORTER. — *Annals of Surgery*, 1906, 43.
- PROUST et MONOD. — *Rev. Gyn. Chir. Abd.*, 1912, 19, 225.
- RAZEMON. — *Soc. Chir. Lille*, 7 juillet 1944.
- RIETTI. — *Ann. Anat. Path.*, 1925.
- RITTER. — *Zeit. für Heilkh. Soc. Anat.*, 1900.
- SIMONETTI. — *Ann. Chir.*, 1947.
- SOUBEYRAN, voir KIRMISSON.
- SOUËF. — *Th. Méd.*, Paris, 1934.

- SPAETH, in CHATAIN. — *Münch. Med. Woch.*, 1898.
- SOULIGOUX. — Soc. Chir. Paris, 1912, XXXVII, 364-368.
- STUNDGAARD. — *Hospitalstende*, 1894.
- TILGER. — *Virchow's Arch.*, 1895.
- TILLAUX. — *Bull. Ac. Méd.*, 1880.
- TERRIER et LECÈNE. — *Revue de Chir.*, 1904.
- VACHER. — *Th. Méd.*, Paris, 1934.
- VALDEZ DIAZ, SANCHEZ SANTIAGO, SOSA BENZ. — *Arch. Med. Inf.*, juin 1941.
- VENGEROSKY. — Kyste du mésentère chez l'enfant. (*Khirugia*, 1939, n° 1, 130-133.)
- VIDAL (J.). — *Th. Méd.*, Paris, 1947.
- WILMS, in OMBRÉDANNE. — Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile. (Masson édit., 1949.)

